

neue AKZENTE

... bietet Hilfe bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter



ADHS
DEUTSCHLAND e.V.
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

Zeitschrift

**Trends in Diagnose
und medikamentöser
Therapie**

**Persistierende
Neugeborenen-Reflexe**

**Cannabis-Medikation bei
ADHS: Ja oder Nein?**



Liebe Mitglieder, liebe Leserinnen und Leser,

die letzte Ausgabe des Jahres 2017 unserer Verbandszeitschrift **neue AKZENTE** liegt vor Ihnen. Viele verschiedene Veranstaltungen und interessante Begegnungen liegen hinter uns, neue werden bereits wieder geplant.

Am 21. April 2018 findet unsere Mitgliederversammlung in Königswinter statt, zu der wir Sie schon heute ganz herzlich einladen (siehe Seite 31). Bitte beachten Sie, dass es für das Symposium und die parallel stattfindende Jugendveranstaltung zwei Flyer mit entsprechenden Anmeldeformularen gibt, beide liegen diesem Heft bei. Ebenso finden Sie in diesem Heft eine Stellungnahme des ADHS Deutschland e. V. zur momentan umstrittenen Frage „Cannabis-Medikation bei ADHS: Ja oder Nein“.

Wir bedanken uns bei allen Autoren, dass Sie uns ihre Beiträge zur Verfügung gestellt haben, bei unseren Aktiven für die zahlreichen Berichte und Aktionen und Ihnen als Mitglied für die Unterstützung im letzten Jahr.

Wenn Sie konkrete Anregungen, konstruktive Kritik oder anderen Input haben, schreiben Sie bitte an akzente@adhs-deutschland.de. Wir freuen uns auf Ihre Nachricht und wünschen Ihnen frohe Weihnachten und einen guten Start ins neue Jahr 2018.

Ihre

Dr. Myriam Bea

Impressum

neue AKZENTE

Zeitschrift des ADHS Deutschland e. V.
ISSN 0948-4507

Herausgeber und Verleger

ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
Telefon: 030 85605902
Fax: 030 85605970
info@adhs-deutschland.de
www.adhs-deutschland.de

Redaktion

Dr. Myriam Bea (Leitung)
Vera-Ines Schüpferling
Petra Festini
Jürgen Gehrmann
Renate Meyer
Dr. Ira Zauner

Redaktionsanschrift

Bundesgeschäftsstelle
ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
akzente@adhs-deutschland.de

Bankverbindung

ADHS Deutschland e. V.
Hannoversche Volksbank
IBAN: DE36 2519 0001 0221 4385 00
BIC: VOHADE2H

Gestaltung

Agnes von Beöczy, www.librito.de

Druck

BUD, Potsdam

Auflage

4000 Exemplare

Erscheinungsweise

3x jährlich

Redaktionsschluss

für nächste Ausgabe
01. März 2018

Fotonachweis

Titelbild: Renate Meyer
Aktive der Landes- und Regionalgruppen
Seite 15: loreanto/fotolia
Seite 27: Andrey Kuzmin/fotolia
Weitere Fotos: pixabay

Copyright: Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. Diese dürfen nur mit ausdrücklicher schriftlicher Genehmigung des Verbandes in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Die Redaktion freut sich über die Einsendung von Manuskripten. Sie behält sich nach Rücksprache die Kürzung und Bearbeitung von Beiträgen vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Die mit dem Verfassernamen gekennzeichneten Beiträge und Leserbriefe geben die Auffassung der Autoren wieder und nicht unbedingt die Meinung des Verbandes.

Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr. Die Berichte sind teilweise Erfahrungsgut und sollen der Meinungsbildung dienen.

INHALT

FACHBEITRÄGE

Aus Wissenschaft und Praxis

- Prof. Christian J. Bachmann,
Prof. Alexandra Philipsen,
Prof. Falk Hoffmann*
- 04** ADHS in Deutschland:
Trends in Diagnose und
medikamentöser Therapie
- Dr. Klaus Skrodzki,
Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz,
Dr. Johannes Streif*
- 11** Persistierende
Neugeborenen-Reflexe
- Rechtsanwalt Dipl. Verwal-
tungswirt (FH), Janus Galka
LL.M. Eur.*
- 12** Psychotherapie und
Verbeamtung
- Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth und
Alica Ryba*
- 13** Coaching und
Neurowissenschaften
- Dr. Helga Simchen*
- 17** Macht Zucker wirklich
hyperaktiv
-
- ALLGEMEINES**
- Prof. Dr. h.c. Hans Biegert*
- 18** Von und mit Dickhäutern
lernen
- Diffy, Rudolf Deeg*
- 20** ADHS und Origami
- Y. L.*
- 22** DSPTS – Der Feind in meinem
Bett

- Patricia Ödell*
- 27** Von Schutzschilden und der
Arbeit in der Selbsthilfe
-

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

- Stellungnahme des ADHS
Deutschland e. V.*
- 28** Cannabis-Medikation bei
ADHS: Ja oder Nein?
- Der Beirat des ADHS
Deutschland e. V. stellt
sich vor:*
- 31** Prof. Tebartz van Elst
- ADHS Deutschland e. V.*
- 31** Einladung zur ordentlichen
Mitgliederversammlung
2018
-

BERICHTE

- Sabine Kolb*
- 32** 2. ADHS-Tage Bruchsal/
Hambrücken
- Alena Marsch*
- 38** Hambrücken 2.0
- Brigitte Krämer,
Manuela Scherb*
- 39** Bewegte Tage in Hambrücken
mit Psychomotorik und
Entspannung
- Tanja Knaus*
- 40** Kinderprogramm für
Kinder von 6–10 Jahren,
2. ADHS-Tage
- Lena, Corinna, Jonathan*
- 40** Jugendprogramm für
11–13-Jährige, 2. ADHS-Tage

- W. S. und Y. L.*
- 41** P T K – ptkptkptkptkptkptk
– pppppppptttttttkkkkkkk-
kkkkk – la le li lo lu lä lö lü –
ritsche ratsche – alles klar?!

- Astrid Bojko-Mühr*
- 43** 17. Aktionstag der
Selbsthilfegruppen im
Schwalm-Eder-Kreis
- 44** Regionalgruppenberichte in
alphabetischer Reihenfolge
-

MEDIEN REZENSIONEN

- Heike Kaiser*
- 45** Linderkamp, Hennig,
Schramm:
ADHS bei Jugendlichen
- Nicole Rebitzki*
- 46** Haig: Ich und die
Menschen
- Vera-Ines Schüpferling*
- 47** Stavemann: ... und ständig
tickt die Selbstwertbombe
- Dr. Johannes Streif*
- 48** Saul: Die ADHS-Lüge
-

TERMINE

- 49** Fortbildungen
-

VERBANDSDATEN

- 50** Geschäftsführender Vorstand
Weitere Vorstandsmitglieder
Unterstützung des Verbandes
Wissenschaftlicher Beirat
Therapeutisch-Pädagogischer
Beirat
Landesgruppenleiter
- 52** Telefonberatung

FACHBEITRÄGE

ADHS in Deutschland: Trends in Diagnose und medikamentöser Therapie

Bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten der Jahre 2009–2014 zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Prof. Christian J. Bachmann, Prof. Alexandra Philipsen, Prof. Falk Hoffmann

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) besteht bei einem Teil der Patienten auch im Erwachsenenalter fort. Untersuchungen aus Deutschland zur Diagnose und Behandlung der ADHS im Lebensverlauf einschließlich der Transition jugendlicher ADHS-Patienten fehlen bisher weitgehend.

Methode: Bundesweit wurden Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) zur Häufigkeit von ADHS-Diagnosen und ADHS-Medikamentenverordnungen ausgewertet. Ergänzend wurde die Versorgung einer Kohorte 15-jähriger ADHS-Patienten als sogenannte Transitionskohorte im Verlauf von sechs Jahren analysiert.

Ergebnisse: Zwischen 2009 und 2014 stieg die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei 0- bis 17-Jährigen von 5,0 % auf 6,1 % (mit einem Maximum von 13,9 % bei 9-jährigen Jungen) und bei 18- bis 69-Jährigen von 0,2 % auf 0,4 % an.

Während bei Erwachsenen mit ADHS-Diagnose die Verordnung von ADHS-Medikamenten zunahm, sank

sie bei Kindern und Jugendlichen. Meistverordneter Wirkstoff war Methylphenidat, gefolgt von Atomoxetin und Lisdexamfetamin. In der Transitionskohorte fiel der Anteil der ADHS-Diagnosen innerhalb von 6 Jahren von 100 % auf 31,2 % und die Medikationshäufigkeit von 51,8 % auf 6,6 %.

Schlussfolgerung: In den vergangenen Jahren hat die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen und ADHS-Medikation bei Erwachsenen zugenommen, was als Ausdruck einer Sensibilisierung von Ärzten und Patienten für die adulte ADHS gewertet werden kann. Die Diagnosehäufigkeit liegt jedoch unter der in epidemiologischen Studien ermittelten Prävalenz. Dies könnte auf die Notwendigkeit eines Ausbaus der Versorgung adulter ADHS-Patienten hindeuten. Die niedrige Medikationsquote am Übergang ins Erwachsenenalter wirft die Frage auf, ob für diese Altersgruppe spezifische Transitionskonzepte entwickelt werden müssen.

Zitierweise

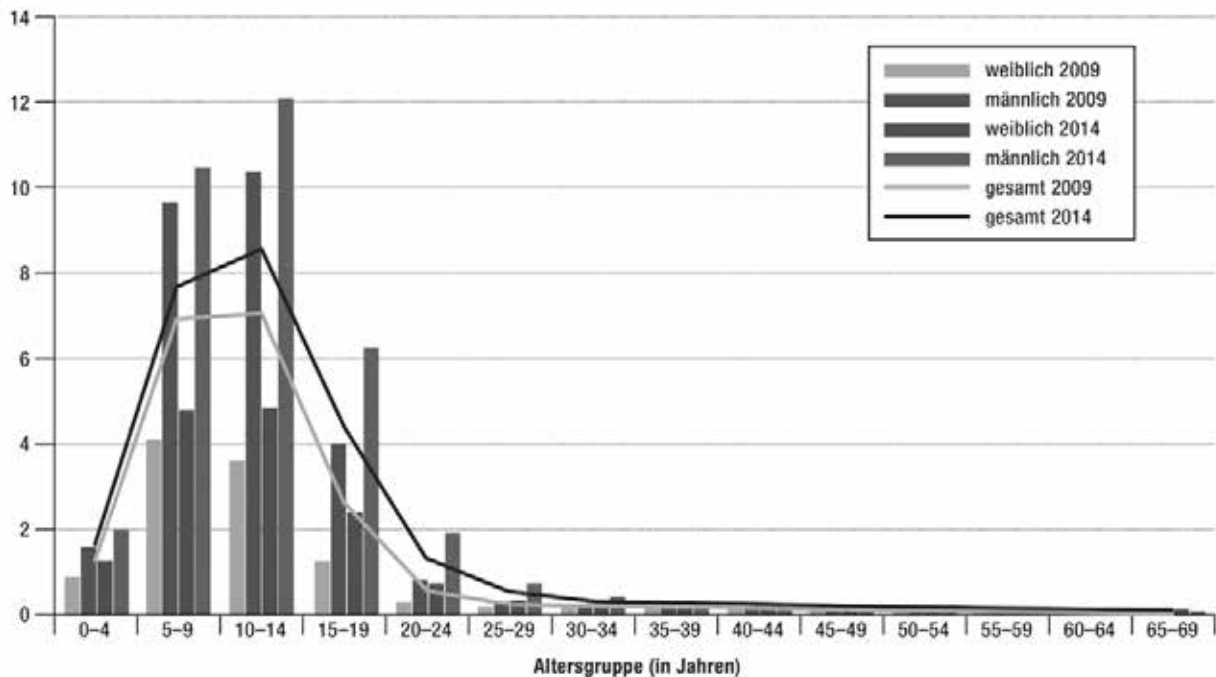
Bachmann CJ, Philipsen A, Hoffmann F: ADHD in Germany: trends in diagnosis and pharmacotherapy — a country-wide analysis of health insurance data on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults from 2009 – 2014. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 141 – 8. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0141

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eines der häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder und hat erhebliche klinische und gesundheitsökonomische Relevanz (1, 2). Die Prävalenz der ADHS liegt bei Diagnosestellung nach ICD-10-Kriterien im Kindes- und Jugendalter bei circa 1,5 – 3 % (3, 4). Untersuchungen unter Verwendung der weiter gefassten DSM-IV-Kriterien ergeben eine höhere ADHS-Prävalenz, wobei US-amerikanische Studien wiederum höhere Prävalenzen berichten als europäische Studien (4–6).

Noch bis vor etwa 15 Jahren herrschte die Auffas-

sung vor, dass eine ADHS sich mit der Pubertät „auswache“ und eine Behandlung nach diesem Alter nicht mehr notwendig sei (7). Aktuelle Studien (auf Basis von DSM-IV-Kriterien) zeigen jedoch, dass die Störung auch im Erwachsenenalter fortbesteht (8). Unter Verwendung strikter Diagnosekriterien ergibt sich eine ADHS-Persistenzrate von etwa 40 – 50 % (8), in Studien mit anderen Diagnosekriterien zeigt sich eine erheblich größere Streuung der Persistenz (4 – 79 %) (8–11).

Die weltweite Prävalenz der ADHS im Erwachsenenalter nach DSM-IV-Kriterien wird mit 2,8 % angegeben

Grafik 1: Prävalenz von ADHS-Diagnosen (in %)

ADHS-Diagnosen bei versicherten der AOK auf der Grundlage von Routinedaten (administrative Prävalenz) in den Jahren 2009 und 2014, nach Alter und Geschlecht
 ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; AOK, Allgemeinde Ortskrankenkassen

(12). In der ICD-10 fehlen erwachsenenspezifische diagnostische Kriterien für die Diagnosestellung einer ADHS (13) und somit auch hochwertige bevölkerungsbasierte Studien zur ADHS-Prävalenz nach ICD-10.

Unbehandelt kann eine ADHS verschiedene ungünstige Konsequenzen haben, unter anderem höheres Unfallrisiko, höhere Mortalität, höheres Risiko für Depression, Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch und Inhaftierung, schlechteren Schulabschluss sowie häufigeren Arbeitsplatzverlust (14).

Die Therapie der ADHS erfolgt bei Kindern und Jugendlichen leitliniengemäß multimodal mit den Elementen Elternterapie, Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie (Stimulanzien, Atomoxetin) (15), wobei eine medikamentöse Behandlung nur bei entsprechend ausgeprägtem Schweregrad der Symptomatik indiziert ist. Eine medikamentöse Behandlung ist im Regelfall wirksam (Effektstärken: 0,5–1,0) (16), für nichtmedikamentöse Verfahren ist die Evidenz unzureichend (17).

Eine Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter sollte bei moderater bis schwerer Beeinträchtigung (eine schwere psychosoziale Beeinträchtigung liegt bei circa 30 % der Betroffenen vor [12]) erfolgen (18), wobei Pharmakotherapie sowie Verhaltenstherapie eingesetzt werden. Für die Pharmakotherapie mit Stimulanzien werden mitt-

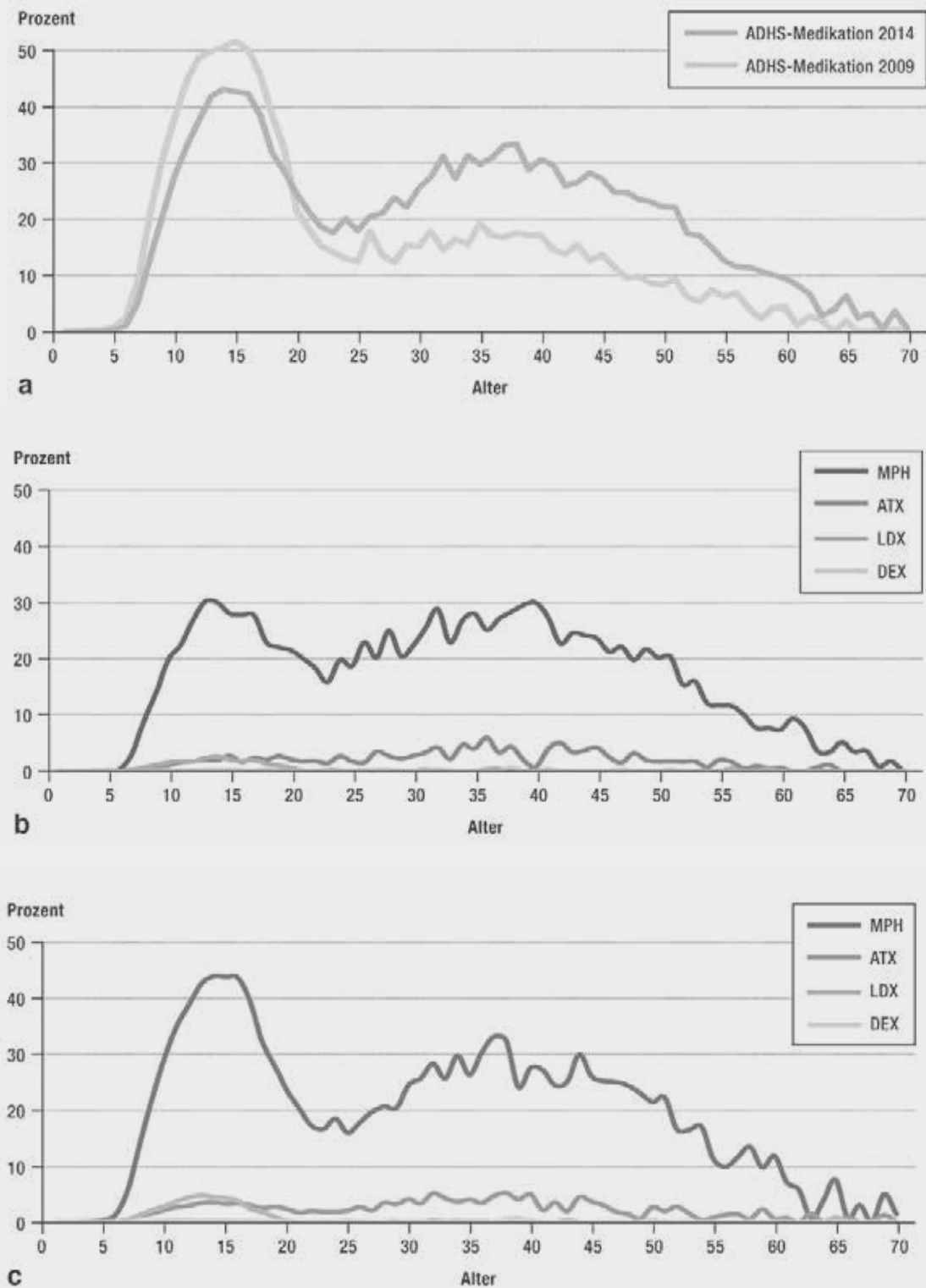
lere bis große Effektstärken (0,6–4,3) angegeben, während es zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen divergierende Daten gibt (19, 20). Die Therapieresponse (≥ 30 % Symptomreduktion) beträgt unter leitliniengerechter Medikation etwa 60 % (21, 22).

Im Gegensatz zum internationalen Schrifttum (zum Beispiel 23–25) liegen nur wenige Daten zu Prävalenz und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter in Deutschland sowie zu entsprechenden zeitlichen Trends vor (26–28).

Dem Erkenntnisfortschritt hinsichtlich der Persistenz der ADHS im Erwachsenenalter ist dadurch Rechnung getragen worden, dass in den letzten Jahren diesbezügliche Leitlinien und Diagnostikverfahren entwickelt sowie Therapiestudien durchgeführt wurden (29, 30). Ebenso sind verschiedene Medikamente für die Therapie der ADHS im Erwachsenenalter zugelassen worden (eTabelle 1). Auch die Zahl der Spezialambulanzen für Erwachsene mit ADHS nimmt allmählich zu; die Versorgungslage ist aber aus Sicht von Experten sowie Selbsthilfegruppen noch nicht befriedigend (31, 32).

Ein damit einhergehendes Problem ist der Übergang Jugendlicher mit ADHS in die erwachsenenmedizinische Versorgung. Idealerweise sollte diese sogenannte Transition „geplant, geordnet und zielgerichtet“ verlaufen (33). Hierzu gehört zum Beispiel die rechtzeitige Suche nach einem in der Behandlung der ADHS erfahrenen Arzt oder

Grafik 2: ADHS-Medikation in den Jahren 2009 und 2014



ADHS-Medikation in den Jahren 2009 und 2014 (a) sowie Übersicht der in 2014 verordneten Wirkstoffe (b, c)
 a) prozentualer Anteil der AOK-Versicherten mit Verordnung eines Wirkstoffes zur ADHS-Behandlung an der Gesamtheit aller AOK-Versicherten mit ADHS-Diagnose, nach Alter (2009 versus 2014)
 b) prozentualer Anteil der Verordnungen verschiedener Wirkstoffe zur ADHS-Behandlung im Jahr 2014 bei weiblichen AOK-Versicherten mit ADHS-Diagnose, nach Alter
 c) prozentualer Anteil der Verordnungen verschiedener Wirkstoffe zur ADHS-Behandlung im Jahr 2014 bei männlichen AOK-Versicherten mit ADHS-Diagnose, nach Alter

Psychotherapeuten im Erwachsenenbereich (sozialrechtlich endet die kinder- und jugendpsychiatrische oder pädiatrische Zuständigkeit mit Vollendung des 18., spätestens des 21. Lebensjahres) oder die strukturierte Übergabe relevanter Informationen (bisherige Therapie, Komorbiditäten) an diesen (34). Für viele Jugendliche ist dieser Übergang jedoch durch einen Mangel an Kontinuität in der medizinischen Versorgung gekennzeichnet – mit negativen Auswirkungen auf Gesundheit, Wohlbefinden und berufliches Potenzial (35). Bisher liegen nur wenige Untersuchungen zur Transition Jugendlicher mit ADHS vor, entsprechende deutsche Daten existieren nicht.

Vor diesem Hintergrund sollen in dieser Arbeit folgende Fragen untersucht werden:

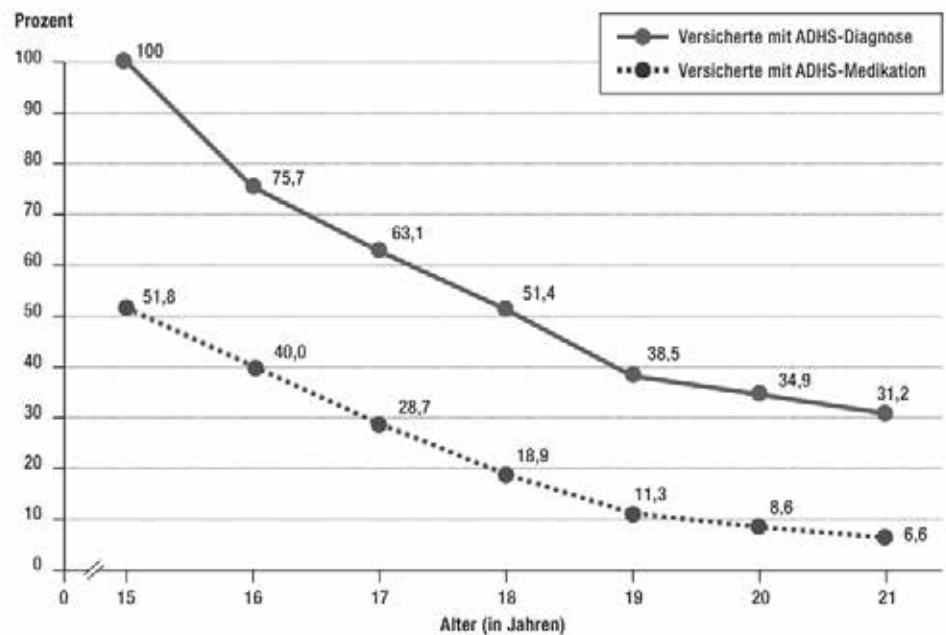
- **Diagnose- und Behandlungshäufigkeit:** Wie hat sich im Zeitraum 2009–2014 die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen und medikamentöser Behandlung der ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen verändert?
- **Transition:** Wie sieht bei Jugendlichen mit ADHS-Diagnose die medikamentöse Versorgung bis zum Erreichen des Erwachsenenalters aus?

Methoden

Die Analysen beruhen auf den Daten aller Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK). Um Angaben zur Diagnosehäufigkeit machen zu können, wurde auf der Grundlage der Krankenkassendaten die Zahl der Versicherten im Alter von 0–69 Jahren mit der Diagnose ADHS im Kalenderjahr 2009 und 2014 festgestellt. Für die Behandlungshäufigkeit wurden die Daten zur Verordnung von ADHS-Medikamenten im Zeitraum 2009 – 2014 ausgewertet (ausführlichere Darstellung der Methoden im eKasten).

ADHS-Diagnosen sind die im ambulant-ärztlichen Sektor als gesichert kodierte ICD-10-Diagnosen F90.0, F90.1, F90.8, F90.9 und F98.8. ADHS-Medikamente sind Methylphenidat, Atomoxetin, Lisdexamfetamin, Dexamfetamin, Amphetamin. Zur Transitionskohorte zählen alle Versicherten mit ADHS-Diagnose, die im Jahr 2008 fünfzehn Jahre alt und bis 2014 durchgängig versichert waren.

Grafik 3



Anteil der AOK-Versicherten der Transitionskohorte mit ADHS-Diagnose beziehungsweise ADHS-Medikation im zeitlichen Verlauf, 2008–2014

Ergebnisse

Diagnosehäufigkeit

Im Jahr 2009 wiesen 214.110 AOK-Versicherte zwischen 0 und 69 Jahren (71,4 % männlich, Durchschnittsalter: 13,5 [± 31,9] Jahre) eine ADHS-Diagnose auf, im Jahr 2014 waren es 274.982 (69,7 % männlich, Durchschnittsalter: 14,6 [± 35,1] Jahre), wovon 22,0 % auf den diagnostischen Kode F98.8 („Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ einschließlich „Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität“) entfielen. Die ADHS-Gesamthäufigkeit (0–69 Jahre) lag im Jahr 2009 bei 1,2 % der AOK-Versicherten (männliche Versicherte [m]: 1,7 %; weibliche Versicherte [w]: 0,7 %) und 2014 bei 1,5 % (m: 2,1 %; w: 0,9 %). Im Altersbereich 0–17 Jahre betrug die Diagnosehäufigkeit im Jahr 2009 5,0 % (m: 7,2 %; w: 2,8 %) und im Jahr 2014 6,1 % (m: 8,4 %; w: 3,6 %). Im Altersbereich 18–69 Jahre lag die Diagnosehäufigkeit im Jahr 2009 bei 0,2 % (m: 0,3 %; w: 0,2 %) und im Jahr 2014 bei 0,4 % (m: 0,5 %; w: 0,3 %). Ohne Berücksichtigung des ICD-10-Kodes F98.8 ergab sich für das Jahr 2009 eine ADHS-Gesamthäufigkeit von 0,9 % (0–17 Jahre: 3,9 %; 18–69 Jahre: 0,2 %) und für 2014 von 1,1 % (0–17 Jahre: 4,5 %; 18–69 Jahre: 0,3 %).

Die ADHS-Diagnosehäufigkeit im Lebensverlauf in den Jahren 2009 und 2014 ist in Grafik 1 dargestellt.

Nach einem Gipfel bei 9-Jährigen (2009: 9,2 % [m: 12,8 %; w: 5,4 %]; 2014: 10,2 % [m: 13,9 %; w: 6,4 %])

Tabelle: „Übersicht aktueller internationaler Arbeiten zur Häufigkeit von ADHS-Medikation im Jugend- und Erwachsenenalter

Autor, Jahr (Quelle)	Land	Zeltraum	Datenbasis	Substanz(en)	Alter	N (Population unter Risiko)	Medikationsprävalenz	Trend (Medikation)
Häufigkeit der ADHS-Medikation bei Patienten/Versicherten mit ADHS-Diagnose								
diese Studie	Deutschland	2009–2014	Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)	MPH, ATX, LDX, DEX	18–69	ca. 24 Mio.	165/1 000 (2009) bzw. 224/1 000 (2014) Versicherte mit ADHS-Diagnose	Anstieg (Erwachsene) Abnahme (Kinder/Jugendliche)
McManus et al. 2016 (39)	Großbritannien	2014	Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014	MPH, ATX	≥ 16	7 546	5/1 000 der im ASRS positiv gescreenten Personen	–
Aragonès et al. 2010 (e2)	Spanien	2009	Institut Català de la Salut (Hausärzte)	MPH, ATX	18–44	2 452 107	321/1 000 Versicherte mit ADHS-Diagnose	–
Giacobini et al. 2014 (23)	Schweden	2006–2011	nationales Patienten- und nationales Verschreibungsregister	MPH, ATX, LDX, DEX, MOD	alle	4,6–4,9 Mio.	keine konkrete Angabe (700–800/1 000 aller Versicherten mit ADHS-Diagnose)	Anstieg
Häufigkeit der ADHS-Medikation unabhängig von einer ADHS-Diagnose								
Burcu et al. 2016 (24)	USA	2010–2014	Blue Cross Blue Shield-Krankenversicherung in vier US-Bundesstaaten	MPH, LDX, DEX	20–64	3,5 Mio.	15/1 000 (2010) 24/1 000 (2014)	Anstieg
Geirs et al. 2014 (e9)	Island	2003–2012	nationales Verschreibungsregister	AMF, MPH, ATX	≥ 19	227 000	2,9/1 000 (2003) 12,2/1 000 (2012)	Anstieg
Karlstad et al. 2016 (25)	Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden	2008–2012	nationale Register	MPH, ATX, LDX, DEX	18–64	15,8 Mio.	2,4/1 000 (M) (2008) 1,8/1 000 (F) (2008) 4,9/1 000 (gesamt) (2012) 5,3/1 000 (M) (2012) 4,4/1 000 (F) (2012)	Anstieg (in allen Ländern)
Zetterqvist et al. 2013 (e10)	Schweden	2006–2009	nationale Register	MPH, ATX, LDX, DEX	6–45	5 149 791	2,9/1 000 (2006) 7,0/1 000 (2009)	Anstieg
McCarthy et al. 2012 (e11)	Großbritannien	2003–2008	THIN-Datenbank (Hausärzte)	MPH, ATX, DEX	≥ 6	3 529 615	0,7/1 000 (2003) 1,4/1 000 (2006)	Anstieg

ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; AMF, Amfetamin; ASRS, „Adult ADHD Self-Report Scale“; ATX, Atomoxetin; DEX, Dexamfetamin; F, Frauen; LDX, Lisdexamfetamin; M, Männer; MOD, Modafinil; MPH, Methylphenidat; THIN, „The Health Improvement Network“

fällt die Diagnosehäufigkeit deutlich ab (2009: 1,9 % beziehungsweise 2014: 3,5 % bei 18-Jährigen; 0,2 % beziehungsweise 0,4 % bei 30-Jährigen), um danach nur noch langsam abzusinken. Bezüglich der Altersgipfel zeigt sich kein klinisch relevanter geschlechtsspezifischer Unterschied. Hinsichtlich der ADHS-Diagnosehäufigkeit betrug das Verhältnis Männer/Frauen 2,5 (2009) beziehungsweise 2,3 (2014), bei weitgehend ausgeglichenem Geschlechterverhältnis ab dem Ende der vierten Lebensdekade.

Im Jahr 2014 war die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen in allen Altersgruppen höher als 2009.

Behandlungshäufigkeit

Die Häufigkeit der medikamentösen Therapie Versicherte mit ADHS-Diagnosen ist in Grafik 2 dargestellt. Es zeigen sich zwei Altersgipfel, und zwar im Alter von 13–14 Jahren (2009: 51,7 %; 2014: 43,1 %) sowie im Alter von 34 (2009: 19,2 %) beziehungsweise 37 Jahren (2014: 33,4 %).

Von 2009 nach 2014 nahm die Häufigkeit medikamentöser ADHS-Behandlung bei Erwachsenen zu, bei Kindern und Jugendlichen hingegen ab (Grafik 2a). Die maximale Behandlungshäufigkeit betrug im Jahr 2014 bei weiblichen Jugendlichen 33,0 % und bei Frauen 31,8 %, bei männlichen Jugendlichen 46,9 %, bei Männern 36,0 %, (Grafik 2b, Grafik 2c).

Mit einem Anteil von 75–100 % der verordneten ADHS-Medikamente war Methylphenidat in fast allen Altersklassen die meistverordnete Substanz. Atomoxetin war überwiegend der am zweithäufigsten verschriebene Wirkstoff. Eine Ausnahme bildeten weibliche Versicherte im Alter von 9–15 und 17 Jahren sowie männliche Versicherte im Alter von 4, 6–15 und 64 Jahren, bei denen Lisdexamfetamin mindestens genauso häufig wie Atomoxetin verschrieben wurde.

Bereits vor Zulassung des ersten Methylphenidat-Präparates für Erwachsene (April 2011) (eTabelle 1) wurde

zwischen 11,4 % und 18,8 % der 19- bis 21-jährigen Versicherten mit ADHS-Diagnose Methylphenidat verordnet (eTabelle 2). In den Jahren 2011 – 2014 stieg dieser Anteil auf 13,3 – 24,0 %. Die Verordnung von Atomoxetin (Zulassung für Erwachsene: Juni 2013) stieg von 1,2–1,9 % (2012) auf 1,7–2,2 % im Jahr 2014.

Die Transitionskohorte umfasste 5.593 15-jährige Jugendliche (m: 77,6 %) mit ADHS-Diagnose, von denen im Alter von 21 Jahren noch 31,2 % eine ADHS-Diagnose aufwiesen. Im gleichen Zeitraum fiel die Medikationsquote von 51,8 % auf 6,6 % (Grafik 3).

Die Kontakte zu verschiedenen Facharztgruppen im Verlauf der Transition sind in der eGrafik dargestellt.

Diskussion

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Zwischen 2009 und 2014 ist die ADHS-Diagnosehäufigkeit in allen Altersklassen angestiegen.
- Während der Anteil mit ADHS-Medikamenten behandelte Erwachsener mit ADHS-Diagnose zunahm, ging der Anteil medikamentös behandelte Kinder und Jugendlicher zurück.
- In der Transitionskohorte fiel die Medikationsquote innerhalb von sechs Jahren um knapp 90 %.

Die in dieser Studie gefundene Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei AOK-Versicherten im Kindes- und Jugendalter liegt gegenüber anderen deutschen Studien (2007: 2,2 % bei 0- bis 18-Jährigen [36]; 2011: 4,1 % bei 0- bis 19-Jährigen [28]) höher, was auch auf Unterschiede im Studiendesign (zum Beispiel Einschluss von F98.8 in der vorliegenden Studie) zurückzuführen sein mag. Eine Zunahme findet sich auch in anderen westlichen Ländern (37, 38). Bei 5- bis 14-jährigen Jungen liegt die Diagnosehäufigkeit – analog zu Grobe et al. (11,9 % der 10-jährigen Jungen [28]) – mit 10,5 – 12,1 % (2014) deutlich über der in epidemiologischen Studien ermittelten ADHS-Prävalenz von 0,6 – 5,0 % (3, 4, 6). Die Erklärungsansätze für diesen Befund sind vielfältig und umfassen neben unterschiedlichen diagnostischen Kriterien im klinischen Alltag und in epidemiologischen Studien möglicherweise auch eine Überdiagnostik (zum Beispiel im Kontext schulischer Adaptationsprozesse).

Hinsichtlich der Veränderung der ADHS-Diagnosehäufigkeit bei Erwachsenen liegt ein Vergleich mit der Arbeit von Grobe et al. nahe, die von 2006 – 2011 eine Verdoppelung bis Verdreifachung der Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei Erwachsenen (20 – 39 Jahre) be-

richtete (28). International war in den vergangenen Jahren in verschiedenen Ländern gleichfalls eine Zunahme der ADHS-Diagnosehäufigkeit bei Erwachsenen zu verzeichnen (23, 39, 40).

Dieser Trend ist vermutlich auf vielfältige Faktoren, unter anderem die verbesserte Versorgungssituation (zum Beispiel Kostenerstattung von ADHS-Medikamenten, Neugründungen von ADHS-Spezialambulanzen für Erwachsene) und – ähnlich wie bei Autismus-Spektrum-Störungen (e1) – eine verstärkte Sensibilisierung für ein Fortbestehen der ADHS im Erwachsenenalter zurückzuführen.

Von der Größenordnung liegt die ADHS-Diagnosehäufigkeit im Erwachsenenalter in Deutschland höher als in Spanien (0,04 %) (e2), aber deutlich unter den aus Schweden berichteten Zahlen (1,1 % in 2006, 4,8 % in 2011) (23). Insgesamt liegt die in dieser Studie gefundene ADHS-Diagnosehäufigkeit unter dem, was nach einer Metaanalyse (e3) und bei einer ADHS-Persistenz von etwa 40 – 50 % zu erwarten wäre. Mögliche Gründe hierfür sind eine weiterhin unzureichende Versorgungssituation sowie die oft schwierige Diagnosestellung (e4).

Die Angleichung der ADHS-Diagnosehäufigkeit von Männern und Frauen im Verlauf des Erwachsenenalters entspricht weitgehend den Ergebnissen epidemiologischer Studien (26).

Der Befund, dass die Verordnung von ADHS-Medikamenten für Kinder und Jugendliche mit ADHS-Diagnose rückläufig ist, geht in eine ähnliche Richtung wie andere Arbeiten mit deutschen Daten, die gleichfalls eine Stagnation beziehungsweise Abnahme der Verschreibung von Methylphenidat im zeitlichen Zusammenhang mit der Verschärfung der Verordnungsbedingungen im Jahr 2010 berichteten (e5, e6).

Im internationalen Kontext steigen die Verschreibungszahlen für ADHS-Medikamente bei Kindern und Jugendlichen (unabhängig vom Vorhandensein einer ADHS-Diagnose) eher an (e6). Auch bei anderen Substanzgruppen, zum Beispiel Antipsychotika und Antidepressiva, sind bei Kindern und Jugendlichen zunehmende Verschreibungszahlen zu beobachten (e7, e8).

Die Zunahme der Verordnungen von ADHS-Medikamenten bei Erwachsenen ist vermutlich auf die gleichen Ursachen, die auch der gestiegenen ADHS-Diagnosehäufigkeit zugrundeliegen, zurückzuführen.

Die Tabelle bietet eine Übersicht (methodisch unterschiedlicher) internationaler Studien zur Häufigkeit von ADHS-Medikation bei Erwachsenen. Die mit zunehmendem Lebensalter abnehmenden Medikamenten-Verschreibungen bei Erwachsenen stimmen mit internationalen Daten überein (24, 25). Die in unserer Studie gefundene ADHS-Medikationshäufigkeit liegt niedriger als in Spanien

und Schweden, aber höher als in England (Tabelle). Analog zu Skandinavien und Großbritannien (25, 39) erhielten Männer häufiger ADHS-Medikamente, wohingegen in den USA ab Anfang der vierten Lebensdekade Frauen überwiegen (24).

Bemerkenswert ist, dass bei Versicherten mit ADHS-Diagnose in der vierten und fünften Lebensdekade eine ADHS-Medikationsquote um 30 % erreicht wird. Dies entspricht in etwa dem Anteil Erwachsener mit ADHS, bei dem eine schwere psychosoziale Beeinträchtigung vorliegt (12). Eine abschließende Bewertung der Adäquanz der Medikationsquote ist jedoch aufgrund fehlender Referenzwerte und international deutlicher Unterschiede in der Behandlung nicht möglich (e12).

Bezüglich der verordneten Wirkstoffe war Methylphenidat die wichtigste Substanz. Dies entspricht den Leitlinienempfehlungen und der Zulassungssituation in Deutschland (eTabelle 1). Die Zunahme der Verschreibung von Methylphenidat in den Jahren 2011–2014 bei den über 18-Jährigen kann als Folge der Zulassung bei Erwachsenen interpretiert werden.

Die in der Transitionskohorte von 51,8 % auf 6,6 % abgesunkene Medikationsquote ist von der Größenordnung her mit Großbritannien vergleichbar (e13) und kann einerseits als Folge der Transitionsphase, andererseits aber auch als mögliches Indiz einer sehr niedrigen ADHS-Persistenz im Erwachsenenalter gewertet werden. Vergleichsdaten zur Transition der ADHS (nach ICD-10-Diagnosekriterien) aus populationsbasierten Studien fehlen bisher.

Für die erstgenannte Erklärung spricht, dass unabhängig von der Transitionskohorte auch bei Versicherten mit ADHS zum Ende der zweiten Lebensdekade die Medikationsquote zurückging (Grafik 2a), was in ähnlicher Weise interpretiert werden könnte – zumal in der ersten Hälfte der dritten Lebensdekade der Anteil medikamentös behandelter AOK-Versicherter erneut (wenn auch auf einem vergleichsweise niedrigem Niveau) ansteigt.

Andererseits könnte dieser zweite Medikationsgipfel auch im Zusammenhang mit den Herausforderungen

dieser Lebensphase (zum Beispiel Familiengründung, Elternschaft) mit entsprechenden Anforderungen an Organisationsfähigkeit und Emotions- und Impulskontrolle stehen.

Limitationen

Stärke dieser Arbeit ist die Verwendung von Sekundärdaten, die eine Vollerhebung innerhalb einer großen Population ermöglicht und hierdurch Störfaktoren, wie zum Beispiel Erinnerungsverfälschungen („recall bias“), ausschließt. Dies bringt jedoch auch Nachteile mit sich, zum Beispiel eine möglicherweise geringere Qualität der kodierten Diagnosen und fehlende Zusatzinformationen hinsichtlich Symptomschwere, Komorbiditäten (9), psychosozialen Status oder Indikationen von Arzneimittelverordnungen. Allerdings ist anzunehmen, dass die allermeisten Verordnungen in dieser Studie für die Indikation ADHS erfolgten, da als alternative Indikation nur die recht seltene Narkolepsie (Prävalenz: 25–50/100 000) infrage käme (e14).

Psychiatrische Auffälligkeiten kommen unter anderem aufgrund des niedrigeren sozioökonomischen Status häufiger bei AOK-Versicherten vor (e15), wodurch unsere Routinedatenanalyse die tatsächliche ADHS-Prävalenz überschätzen dürfte.

Eine weitere Limitation besteht darin, dass nur Verschreibungsdaten, jedoch keine Diagnosen aus Psychiatrischen Institutsambulanzen und Hochschulambulanzen zur Verfügung standen. Dies dürfte zu einer geringen Unterschätzung der Diagnosehäufigkeit führen. Gelegentlich off-label zur ADHS-Behandlung verordnete Medikamente (zum Beispiel Clonidin) sowie andere ADHS-Therapieformen (zum Beispiel Neurofeedback) konnten nicht in die Auswertung einbezogen werden. Eine Auswertung psychotherapeutischer Behandlungen erfolgte nicht, da keine Angaben vorlagen, ob die zugrunde liegende Indikation ADHS oder eine andere psychische Störung war.

Kernaussagen

- Zwischen 2009 und 2014 stieg die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen (rohe, nichtstandardisierte Daten) bei 0- bis 17-Jährigen von 5,0 % auf 6,1 % und bei 18- bis 69-Jährigen von 0,2 % auf 0,4 % an.

- Während die Verordnung von ADHS-Medikamenten zwischen 2009 und 2014 bei Erwachsenen mit ADHS-Diagnose anstieg, sank sie im gleichen Zeitraum bei betroffenen Kindern und Jugendlichen.
- Meistverordneter Wirkstoff war Methylphenidat, gefolgt von Atomoxetin und Lisdexamfetamin

- In der Transitionskohorte im Altersbereich von 15–21 Jahren sank die Medikationsquote von 51,8 % auf 6,6 %.
- Aufgrund des niedrigen sozioökonomischen Status dieser Kohorte ist die tatsächliche ADHS-Prävalenz in Deutschland vermutlich niedriger als hier ermittelt

Schlussfolgerung

In den vergangenen Jahren hat die ADHS-Diagnosehäufigkeit bei Erwachsenen zugenommen, was als Ausdruck einer gesteigerten Sensibilisierung von Ärzten und Patienten für die adulte ADHS gewertet werden kann. Die diagnostizierte Häufigkeit der ADHS bei Erwachsenen liegt jedoch unter der in epidemiologischen Studien ermittelten Prävalenz, was auf einen signifikanten Anteil undiagnostizierter Fälle hindeutet und die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus der Versorgung adulter ADHS-Patienten unterstreicht. Der erhebliche Rückgang der medikamentösen Therapie der ADHS am Übergang ins Erwachsenenalter wirft die Frage auf, ob dafür spezifische Transitionskonzepte (e16, e17) entwickelt werden sollten.

Danksagung

Wir danken Herrn Jürgen-Bernhard Adler und Frau Bettina Gerste vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO) in Berlin für die Aufbereitung und Bereitstellung der dieser Studie zugrunde liegenden Daten. Die Studie wurde ohne externe finanzielle Unterstützung durchgeführt.

**AUTOREN | Prof. Christian J. Bachmann,
Prof. Alexandra Philippen, Prof. Falk Hoffmann**

Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg:

Prof. Dr. med. Dr. P.H. Bachmann

Medizinischer Campus Universität Oldenburg, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Karl-Jaspers-Klinik, Bad Zwischenahn:

Prof. Dr. med. Philippen

Abteilung Ambulante Versorgung und Pharmakoepidemiologie, Department für Versorgungsforschung, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg:

Prof. Dr. P.H. Hoffmann, MPH

→ Ergänzung zu Trends in Diagnose und med. Therapie

Quelle: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 9 | 3. März 2017

Interessenkonflikt: Prof. Philippen erhielt Honorare für Berater- und Vortragstätigkeit sowie Reisekostenerstattung von Eli Lilly, MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Novartis, Shire und Lundbeck. Prof. Bachmann und Prof. Hoffmann erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten: eingereicht: 23. 9. 2016, revidierte Fassung angenommen: 10. 1. 2017; **Anschrift für die Verfasser:** Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian J. Bachmann, Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg, 35043 Marburg; chrstn.bchmnn@gmail.com

The English version of this article is available online:

www.aerzteblatt-international.de

Aus Platzgründen wurde das zu den Fußnoten gehörende Literaturverzeichnis sowie das Zusatzmaterial (eLiteratur, eTabellen, eKasten, eGrafik) nicht abgedruckt. Bei Interesse können diese unter info@adhs-deutschland.de angefordert werden.

Persistierende Neugeborenen-Reflexe

Seit mehr als 30 Jahren taucht immer wieder die Behauptung auf, ADHS, LRS und andere Lernstörungen seien durch persistierende Reflexe aus der Neugeborenen- und Säuglingszeit verursacht. Damit sind Reaktionen des Körpers gemeint, die unwillkürlich, rasch und gleichartig ablaufen. Der Sinn von Reflexen ist eine umgehende Reaktion des Körpers auf kritische Situationen, in welchen die Beteiligung von Emotionen und Bewusstsein nur verzögernd wirken würde.

Das durchaus lesenswerte Buch von Sally Goddard „Greifen und BeGreifen. Wie Lernen und persistierende Reflexe zusammenhängen“ hat zur Verbreitung dieser Theorie beigetragen. Allerdings legt schon die Definition des Reflexes nahe, dass diese Verbindung keinen Sinn macht. Reflexe haben nichts mit dem Lernen zu tun. Sie sind weder eine Vorstufe des Lernens noch werden sie im eigentlichen Sinne durch erlernte Verhaltensweisen abgelöst. So dient der Moro-Reflex – ein Klammerreflex, der bei Jungtieren unter Säugern häufig vorkommt – dem Transport der nach der Geburt oft über Wochen und Monate hilflosen Kinder im Fell der Mutter. Auch in der Evolution des Menschen war er bis in die Steinzeit von Bedeutung. Abgelöst wurde diese Bedeutung jedoch nicht von der Lernfähigkeit des einzelnen Menschen, sondern von den Wandlungen im gesellschaftlichen Zusammenleben. Unsere Reflexe verändern sich dabei weitaus langsamer als Lebensweisen in menschlichen Gemeinschaften.

Vor diesem Hintergrund macht es keinen Sinn anzunehmen, komplexe menschliche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verhaltensweisen könnten in ihrer Gestalt oder auch Pathologie durch diese überkommenen Reflexe bestimmt sein. Ihre langfristige biologische Anlage in der Entwicklungsgeschichte lässt sie beim heutigen Menschen völlig losgelöst von der Frage seiner individuellen Lernfähigkeit auftreten und verschwinden. Zwar legen die symptomatischen Auffälligkeiten im Fall fortbestehender Reflexe wie des Asymmetrisch-tonischen Nackenreflexes (ATNR) z. B. bei spastischen Lähmungen nahe, dass Reflexe einen generellen Einfluss auf die Entwicklung haben, doch gilt das nur, wenn sie auf physischer Ebene altersübliche Entwicklungsschritte verhindern. Warum jedoch sollte beispielsweise der unbewusste Greifreflex die Entwicklung des Bewusstseins beeinflussen, die Wahrnehmung oder das

Lernen erschweren? Für eine solche Annahme fehlt nicht nur ein logischer Zusammenhang, sondern auch jede wissenschaftliche Evidenz.

Dennoch liefern zahlreiche Anbieter sogenannter „Reflexintegrativer Therapien“ (RIT) umfangreiche Begründungen, wie persistierende Reflexe einerseits sowie Lern- und auch Verhaltensstörungen einschließlich der ADHS andererseits vermeintlich zusammenhängen. Auf dieser fragwürdigen theoretischen Grundlage bieten sie dann verschiedene „Therapien“ an, die diese Störungen beseitigen sollen. Therapiekurse von einigen Stunden bis hin zu langfristigen, Monate dauernden Interventionen werden mit wohlklingenden Namen und vollmundigen Versprechen propagiert. Oft sind die Preise dafür hoch, doch die Krankenkassen finanzieren diese Behandlungsformen nicht.

Aus gutem Grund. In Broschüren wie auch im Internet werden die Angebote häufig mit netten Erfahrungs- und Erfolgsberichten beworben. Doch die Aussage eines einzelnen Elternteils „Meinem Kind hat es gut getan!“ begründet keine generelle Wirksamkeit. Für keines der Angebote liegt bislang ein wissenschaftlicher Wirknachweis vor. Studien, welche den Zusammenhang zwischen vermeintlicher Ursache der Störung und Wirksamkeit der Therapie belegen, gibt es nicht. Dabei muss man nicht allen Anbietern ein ausschließliches Gewinnstreben unterstellen. Allerdings tummeln sich auf dem Feld der „Reflexintegrativen Therapie“ und ähnlichen Ansätzen viele „Therapeuten“, die auch sonst wenig zwischen esoterischen Heilserwartungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen unterscheiden.

Zusammengefasst: Ein Zusammenhang zwischen ADHS, LRS und anderen Lernstörungen einerseits sowie frühkindlichen Reflexen – mögen diese nun altersentsprechend verschwinden oder aber persistieren – besteht nicht. Dies gilt nachgerade auch für die ADHS, deren Symptomatik im Bereich der Bewegungssteuerung bisweilen Auffälligkeiten zeigt, die rein äußerlich an Reflexe erinnern mögen, in der kindlichen Entwicklung jedoch zu anderer Zeit auftreten und nachweislich anders verursacht werden: als zentralnervöse Steuerungsdefizite, welche die Beteiligung des Großhirns voraussetzen. Bewegung und Bewegungsförderung vom Sport bis zur Therapie (z. B. Ergotherapie, Psychomotorik) machen vor diesem Hintergrund durchaus Sinn in einem Gesamtkonzept zur Behandlung der ADHS, gerade weil sie an einer Stelle ansetzen, wo Emotionen und Bewusstsein bereits eine wesentliche Rolle spielen – und die Reflexe nurmehr ein bedeutungsloses Relikt der Entwicklungsgeschichte sind. Interventionen, die von diesem Relikt ausgehen, sind absehbar wirkungslos. Mögen sie auch unmittelbar meist nicht schaden, sind sie dennoch eine Zeit- und Geldverschwendung. Schlimms-

tenfalls geht wichtige Zeit verloren, bis eine wirksame Therapie begonnen wird.

**AUTOREN | Dr. Klaus Skrodzki,
Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz, Dr. Johannes Streif**

Psychotherapie und Verbeamtung



In den letzten Jahren haben im Rahmen einer Neueinstellung und damit der Begründung eines Beamtenverhältnisses, aber auch bei einer Lebenszeitverbeamtung, vor allem psychische Probleme der Bewerberinnen und Bewerber eine Rolle gespielt. In der täglichen Beratungspraxis tauchen immer wieder die Fragen auf, wie sich eine ambulante oder stationäre Psychotherapie auf die Verbeamtung auswirken kann. Hier kann man, wie so oft, nur sagen: Es kommt darauf an – nämlich auf den Einzelfall.

Deshalb soll der Artikel unter Verweisung auf aktuelle Rechtsprechung einige grundlegende Faktoren beleuchten, die von der Verwaltungsgerichtsbarkeit bei der Prüfung einer Ablehnung einer Verbeamtung angewandt werden.

Grundlage einer jeden Verbeamtung ist die Verfassung, demnach haben Bewerber grundsätzlich einen Anspruch auf die Verbeamtung, solange sie nach Eignung, Befähigung und Leistung für ein Beamtenverhältnis in Frage kommen. Bei Krankheiten bezweifeln die Dienstherrn grundsätzlich die gesundheitliche Eignung. Der Begriff der Eignung an sich umfasst allerdings mehr, insbesondere auch die charakterliche Eignung der Bewerber.

Die gesundheitliche Eignung kann immer nur auf die Zukunft bezogen sein, der Dienstherr steht vor der schwierigen Aufgabe, entscheiden zu müssen, ob ein Bewerber/eine Bewerberin nicht vorzeitig dienstunfähig wird. Diese Aufgabe können freilich nicht die Personalleiter der Behörden selbst übernehmen, vielmehr verlassen sich diese auf das Urteil des Amtsarztes. Dass diese Untersuchungen oftmals sehr pauschal ablaufen und lapidar eine Nichteignung festgestellt wurde, konnte in der Beratungspraxis oft beobachtet werden.

Die Rechtsprechung hierzu hat diese Vorgehensweise durchaus gestützt. Bislang war die höchstrichterliche

Rechtsprechung so ausgerichtet, dass der Dienstherr auf der Grundlage eines ärztlichen Gutachtens prognostizieren musste, dass der Bewerber die Altersgrenze erreicht, ohne dass vorzeitig eine Dienstunfähigkeit eintritt. Der Dienstherr musste quasi die Dienstfähigkeit mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit vorhersehen. Zweifel haben damit bereits dafür ausgereicht, um die Nichteignung von Bewerbern festzustellen. In gerichtlichen Verfahren war es durchaus schwierig diese Zweifel auszuräumen.

Das Bundesverwaltungsgericht hat den Prognosehorizont mit Urteil vom 30. Oktober 2013 (Az.: 2 C 16/12) grundlegend geändert. Nach neuer Rechtsprechung reichen bloße Zweifel an der Eignung nicht mehr aus. Nunmehr müssen tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Bewerber vor Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand versetzt werden muss oder regelmäßig krankheitsbedingt ausfallen und deshalb eine erheblich geringere Lebensdienstzeit aufweisen. Solche tatsächlichen Anhaltspunkte müssen dann auch konkret benannt werden. Bloße Floskeln und pauschal geäußerte Zweifel des Amtsarztes sind nach neuer Rechtsprechung jedenfalls nicht mehr zulässig. Insbesondere, wenn sich nicht feststellen lässt, ob eine vorzeitige Dienstunfähigkeit eintreten wird, geht dies nunmehr zu Lasten des Dienstherrn.

Die Rechtsprechung hat sich deshalb in einer gewissen Hinsicht zu Gunsten der Bewerber geändert. Was allerdings nicht heißt, dass psychische Probleme keinerlei Auswirkungen mehr auf die Verbeamtung haben. Der Dienstherr muss jedoch viel umfassender begründen, warum eine Eignung im jeweiligen Einzelfall nicht vorliegen soll. Auch das ärztliche Gutachten muss nunmehr viel umfassender begründet sein. Wie bereits in früheren Artikeln erläutert wurde, ist das ärztliche Gutachten in der Regel nicht selbständig anfechtbar. Jedoch hat das Bundesverwaltungsgericht festgestellt, dass im Falle einer durch den Dienstherrn abgelehnten Verbeamtung (oder Lebenszeitverbeamtung) auch das ärztliche Gutachten gerichtlich voll überprüfbar ist. Die Verwaltungsgerichte sind demnach überhaupt nicht an die Feststellungen des Dienstherrn gebunden und können eigene Gutachten in Auftrag geben. Dies erfordert in der Regel eine Erschütterung des amtsärztlichen Gutachtens.

Die neue Rechtsprechung ändert allerdings nicht die Rechtslage. Wie beispielsweise der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg mit Urteil vom 21.01.2016 (Az.: 4 S 1082/14) festgestellt hat, können sich die Bewerber für eine Lebenszeitverbeamtung nicht ohne weiteres darauf berufen, Anhaltspunkte für gesundheitliche Nichteignung liegen nicht vor. Hat der Dienstherr nämlich noch nicht alle medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft, ist die Verlängerung einer Probezeit zulässig. So können die Diens-

therren die Probezeit bis zum gesetzlichen Höchstmaß ausschöpfen, ohne dass dies der neuen Rechtsprechung widerspricht.

Unter Anwendung der neuen Rechtsprechung kommt dagegen das Verwaltungsgericht Köln im Rahmen einer abgelehnten Lebenszeitverbeamtung zum Ergebnis, dass sich „aus der Feststellung eines Fachgutachters, dass es epidemiologischen Studien zufolge nach einer Ersterkrankung einer unipolaren Depression in 50 % bis 60 % der Fälle zu wenigsten einer weiteren depressiven Episode kommt, nicht auf die überwiegende Wahrscheinlichkeit regelmäßiger, erheblicher krankheitsbedingter Fehlzeiten schließen lässt“ (Az.: 19 K 2022/14).

Es sind folglich, wie so oft, jeder Einzelfall, jede psychische Erkrankung und jede Entscheidung des Dienstherrn für sich zu betrachten und sodann die Erfolgsaussichten einer Klage abzuwägen.

AUTOR | Rechtsanwalt Janus Galka, LL.M Eur.

Sattlerstraße 9, 97421 Schweinfurt

Coaching und Neurowissenschaften

Die Angebote im Bereich des Coachings sind unüberschaubar. Zum Zweck einer Professionalisierung und Fundierung ist es ratsam, die Ergebnisse der Psychotherapie-Wirkungsforschung im Coaching zu berücksichtigen. Bislang liegen vier Metaanalysen zur Wirksamkeit von Coaching vor, deren Fazit nach Kotte et al. (2016) lautet: Coaching insgesamt wirkt, aber es wirkt nicht immer. Daher kommt der Untersuchung von Wirkfaktoren eine große Bedeutung zu.

Ergebnisse der Psychotherapie-Wirksamkeitsprüfung

Die Ergebnisse der internationalen Psychotherapie-Wirkungsforschung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

(1) Psychotherapie ist wirksam, wenngleich weit weniger, als dies oft angegeben wird. Nur bei einem Drittel der Interventionen zeigen sich gute bis sehr gute und längerfristige Effekte.

(2) Es gibt keine grundsätzliche Überlegenheit einer bestimmten Psychotherapie-Richtung über andere Richtungen. Jede scheint bei bestimmten Patienten, bestimmten psychischen Erkrankungen und in den Händen bestimmter Therapeuten eine unterschiedliche Wirkung zu entfalten.

(3) Die Wirkung seriöser psychotherapeutischer Interventionen wird zu 30 bis 70 Prozent von unspezifischen Wirkfaktoren bestimmt. Sie bestehen (a) im Glauben des Patienten an die Kunst des Therapeuten, (b) im Glauben des Therapeuten an seine Fähigkeit, dem Patienten zu helfen und (c) im Glauben beider an eine bestimmte Heilmethode. Man fasst diese Faktoren zur „therapeutischen Allianz“ zusammen.

Diese Erkenntnisse kann sich das Coaching nutzbar machen. Dieser Beitrag geht dabei davon aus, dass die Gemeinsamkeit von Coaching und Psychotherapie im Thema Persönlichkeitsentwicklung liegt, wenngleich es wichtige Unterschiede zwischen den beiden Formaten gibt. Vom Coaching ausgeschlossen sind sehr schwere Beeinträchtigungen des Klienten, wie etwa Angst- und Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen. Allerdings kommt es vor, dass bei beruflichen Fragestellungen persönliche Themen eine bedeutsame Rolle spielen (Details in Roth & Strüber, 2014; Roth & Ryba, 2016).

Hirnforschung: Auf welchen Ebenen wirkt Coaching?

Aus Sicht der Hirnforschung wirken Interventionen in Coaching und Psychotherapie auf unterschiedlichen Ebenen des Gehirns, und zwar auf drei „limbischen“ Ebenen und einer kognitiven Ebene.

Die untere limbische Ebene enthält alle Mechanismen, die der Lebenserhaltung und der Erfüllung der körperlichen Bedürfnisse dienen. Auf ihr sind aber auch diejenigen Merkmale von Psyche und Persönlichkeit angesiedelt, mit der wir auf die Welt kommen und die in der Persönlichkeitspsychologie „Temperament“ genannt werden. Heute nimmt man an, dass dieses Temperament bereits eine Mischung von genetisch-epigenetischen Faktoren und vorgeburtlichen Einwirkungen über Körper und Gehirn der Mutter darstellt. Die auf der unteren limbischen Ebene ablaufenden Prozesse sind und bleiben unbewusst – sie gehören zum „primären Unbewussten“ – und sind schwer „von außen“ zu ändern.

Auf der mittleren limbischen Ebene vollziehen sich die Erfahrungen im Laufe der ersten drei Jahre, vornehmlich solche im Zusammenhang der Interaktion mit der primä-

ren Bezugsperson, meist der Mutter. Diese Erfahrungen prägen sich tief ein und sind nur durch gezielte emotionalisierende Maßnahmen zu ändern (s. unten). Säugling und Kleinkind erleben diese Erfahrungen zumindest teilweise bewusst, diese Erfahrungen können aber nicht langfristig abgespeichert und erinnert werden, da in den ersten Lebensjahren noch kein erinnerungsfähiges Langzeitgedächtnis vorhanden ist. Sie gehören wegen ihrer prinzipiellen Nichterinnerbarkeit zum „sekundären Unbewussten“.

Auf der oberen limbischen Ebene vollziehen sich diejenigen Prozesse, die geeignet sind, unsere primäre Persönlichkeit mit den Erfordernissen des sozialen Zusammenlebens in Einklang zu bringen. Hier geht es um die Ausbildung von Kooperativität, Rücksichtnahme, Geduld, Kompromissfähigkeit, Empathie, aber auch um Zielstrebigkeit, Durchsetzungswillen, Selbstwirksamkeit, Selbstverwirklichung usw. All dies vollzieht sich auf bewusste und vorbewusste Weise, d.h. im Rahmen des Aktualbewusstseins als Zustand des Arbeitsgedächtnisses, gefolgt vom Absinken der Inhalte in das Langzeitgedächtnis, aus dem die Inhalte durch Erinnern gegebenenfalls wieder ins Aktualbewusstsein zurückgeholt werden können. Einige Inhalte sinken aber – sofern sie nicht verstärkt werden – so tief in das Langzeitgedächtnis ab, dass sie nicht mehr willeentlich erinnert werden können, sondern nur mithilfe eines Coachs oder Psychotherapeuten. Diese Inhalte werden von den Autoren als das „tiefe Vorbewusste“ bezeichnet.

Die drei limbischen Ebenen sind auch der Ort der nicht-sprachlichen Kommunikation auf der Grundlage von Mimik, Gestik, Blick, Körperhaltung und Stimmlage. Sie steuern unbewusst, intuitiv oder bewusst unser Denken, Fühlen und Handeln.

Auf der kognitiv-sprachlichen Ebene finden der Erfahrungs- und Wissenserwerb sowie die sprachliche Kommunikation als Grundlage des sachlichen Denkens, der Vorstellungen und der Handlungsplanung statt – also ohne Emotionen. Die emotionalen Komponenten solcher Geschehnisse werden von den Instanzen der oberen limbischen Ebene hinzugefügt, kognitive und emotionale Inhalte können aber im Prinzip voneinander getrennt werden (so kann eine emotionale Erregung eines Geschehens völlig verschwinden, ohne dass der sachliche Inhalt verschwindet). Die kognitiv-sprachliche Ebene kann zwar von den limbischen Ebenen stark beeinflusst werden, hat aber selbst kaum Einfluss auf diese und damit auf unsere Gefühle und unser Verhalten. Deshalb können uns Gefühle – auch unbewusster Art – manchmal überwältigen und zu „irrationalem“ Verhalten führen. Umgekehrt ist es schwierig bis unmöglich, starke emotionale Zustände gedanklich-rational zu kontrollieren.

Auf den drei genannten limbischen Ebenen entwickeln sich Persönlichkeit und Psyche. Dies geschieht im Rahmen der Funktionen von sechs „psycho-neuralen“ Grundsystemen:

- (1) Das Stressverarbeitungssystem legt fest, in welchem Maße eine Person mit Problemen und Belastungen umgehen kann.
- (2) Das Selbstberuhigungssystem legt fest, wie schnell und effektiv eine Person sich beruhigen und psychisch stabilisieren kann.
- (3) Das Bindungssystem bestimmt, in welchem Maße wir als Kinder, Jugendliche und Erwachsene emotional gebunden sein und Bindung vermitteln sowie Empathie zeigen können.
- (4) Im Impulshemmungssystem entwickelt sich die Fähigkeit zur Kontrolle des eigenen Verhaltens, zur Zielstrebigkeit, zum Belohnungsaufschub und zur Kooperativität.
- (5) Das Motivationssystem bildet die unbewussten, intuitiven und bewussten Motive und Ziele aus, die unser Verhalten lenken.
- (6) Das Realitäts- und Risikowahrnehmungssystem beruht auf der Fähigkeit, die tatsächlichen Konsequenzen unseres Verhaltens zu registrieren sowie mögliche Konsequenzen unseres Handelns abzuschätzen und bei der Handlungsplanung zu berücksichtigen.

Diese Systeme befinden sich im gesunden Zustand in einem dynamischen Gleichgewicht, können aber durch verschiedene Faktoren wie genetische Vorbelastungen, vor- und nachgeburtliche negative Einflüsse, insbesondere im Zusammenhang mit einer mangelnden Bindungserfahrung, Erfahrungen in der späteren Kindheit und Jugend sowie im Erwachsenenalter in unterschiedlicher Stärke Ungleichgewichte – von Grawe (2004) „Inkonsistenzen“ genannt – hervorrufen. Inkonsistenzen können sich zwischen den genannten Ebenen, etwa als Widersprüche zwischen unbewussten und bewussten Motiven und Zielen (z. B. negative Bindungserlebnisse in früher Jugend vs. prosoziales Verhalten im Erwachsenenalter) oder auch innerhalb der Ebenen – etwa in Form von unterschiedlichen bewussten Zielsetzungen (z. B. Bindungsbedürfnis vs. Autonomiebedürfnis) – ergeben.

Dieses Modell beruht auf dem psychodynamischen Ansatz, d. h. der Erkenntnis, dass Störungen und Belastungen im späten Jugendalter und im Erwachsenenalter durch frühe negative Erfahrungen entweder mitverursacht oder zumindest in ihrer Auftrittswahrscheinlichkeit als „Vulnerabilität“ beeinflusst werden. Umgekehrt stellen positive frühkindliche Erfahrungen einen deutlichen „Resilienz-Faktor“ dar. Allerdings kann der Anteil früherer Störungen hinsichtlich ihrer Art, ihrem Zeitpunkt und ihrer Stärke erheblich variieren und bei manchen Störungen im



Foto: loreanto/fotolia

Erwachsenenalter vernachlässigbar sein. Was die Intervention betrifft, so präferieren die Autoren einen integrativen Ansatz, der die Vorteile der jeweiligen methodischen Ansätze neurowissenschaftlich fundiert in einem kohärenten Modell abbildet.

Wie wirksam sind die etablierten Psychotherapieverfahren?

Untersuchungen zu den Wirksamkeitsmodellen der etablierten, klassischen Psychotherapieverfahren ergeben folgende Aufschlüsse:

Verhaltenstherapie: Der eindeutige Vorteil der VT ist der Ansatz zur direkten Verhaltensänderung durch das Einüben neuer Verhaltensweisen. Ein Nachteil ist, dass bei tiefereifenden Störungen die Gefahr der Behandlung der Symptome und nicht der Ursachen besteht. Entgegen dem Modell der VT gibt es keine Löschung „fehlangepasster“

Verhaltensweisen, sondern nur ein Einkapseln oder Überlernen dieser Verhaltensweisen durch besser angepasste Verhaltensmuster. Der psychodynamische Ansatz (Frage nach dem Entstehen und möglichen Ursachen der Beeinträchtigung) fehlt durchweg. Weiterhin wird wenig Wert auf einen personalen Bezug zwischen Therapeut und Patient (die therapeutische Allianz) gelegt. Eine systematische Bindungsorientierung von VT ist noch nicht verbreitet.

Kognitive (Verhaltens-)Therapie: Der Vorteil der KVT besteht in der Fokussierung auf dysfunktionalen Schemata des Fühlens und Denkens und nicht nur des Handelns sowie die Respektierung der Autonomie des Patienten. Ein wesentlicher Nachteil der KVT besteht in der Begrenzung der Intervention auf eine rein kognitive Umstrukturierung, die jedoch ohne Aktivierung von Emotionen nachweislich wirkungslos bleibt. Ebenso gibt es wie bei der VT bisher keinen weitergehenden psychodynamischen Ansatz und erst ansatzweise eine intensive Bindungsorientierung.

Psychoanalyse: Der große Vorteil der PA besteht in der Berücksichtigung der „Vorgeschichte“ und der möglichen Ursachen der psychischen Erkrankungen. Die klassische PA wurde nach Freud durch eine starke Bindungsorientierung ergänzt. Ein wesentlicher Nachteil der PA im Freud'schen Sinn besteht in einer zu starken Fokussierung auf „Bewusstmachen des Unbewussten“ und der oft zu starken Befassung mit möglichen traumatischen Geschehnissen. Im Gegensatz zum Wirkmodell der klassischen PA kann Unbewusstes nicht bewusst gemacht werden, sondern es können nur Inhalte bewusst gemacht werden, die einmal bewusst waren, aber ins Vorbewusste (Langzeitgedächtnis) so tief abgesunken sind, dass sie durch den Patienten allein nicht wieder erinnert werden können.

Allen drei Richtungen ist gemeinsam, dass sie der Herstellung der „therapeutischen Allianz“ zu geringe Bedeutung einräumen, ebenso der Suche und der Anwendung von vorhandenen Ressourcen.

Wie sieht ein neurobiologisch fundiertes Coaching aus?

Bei den meisten Klienten bewirkt die „therapeutische Allianz“ über bindungsbezogene neuronale Mechanismen eine schnelle Besserung der Befindlichkeit, die aber meist nicht tiefgreifend und anhaltend ist. Dies ist nur durch Interventionen zu erreichen, welche die dysfunktionalen Denk-, Fühl- und Handlungsgewohnheiten verändern, und parallel eine Restrukturierung des kognitiv-emotionalen „deklarativen“ Gedächtnisses auf bewusster Ebene sowie des „prozeduralen“ Gedächtnisses der automatisierten

Handlungen (Gewohnheiten) auf intuitive und unbewusste Weise bewirken.

Ersteres geschieht durch ein vielfach wiederholtes Erinnern negativer Gedächtnisinhalte und der Kontrastierung dieser Inhalte mit positiven Erinnerungen (aufgrund einer sorgfältigen Ressourcensuche), so dass die negativen Gedächtnisinhalte zunehmend durch die positiven „verdrängt“ (wenngleich nicht ausgelöscht) werden. Dies geschieht im Zustand „entspannter Aufmerksamkeit“, wie sie unter anderem durch hypnotherapeutische Maßnahmen erzeugt werden kann.

Letzteres verläuft über das geduldige „prozedurale“ Einüben neuer Verhaltensweisen (z. B. Veränderung von Vermeidungsverhalten, selbstsicheres Auftreten usw.) in den Basalganglien. Auch hierbei werden die tief eingegrabenen negativen Gewohnheiten nicht ausgelöscht, sondern überdeckt bzw. es werden neue Spuren in den Basalganglien angelegt, die dann einen hemmenden Einfluss auf die alten negativen Gewohnheiten ausüben.

Der Ansatz der Autoren baut auf den von Klaus Grawe (2004) genannten Wirkfaktoren auf. Dieser umfasst:

(1) die Beziehung: Die Vertrauensbeziehung zwischen dem Coach und dem Klienten trägt wesentlich zum Coaching-Erfolg bei.

(2) die Ressourcenaktivierung: Persönlichkeitsmerkmale des Klienten werden als Ressource für die Intervention genutzt. Dies umfasst Motive, Fähigkeiten und Interessen der Klienten.

(3) die Problemaktualisierung: Die Defizite, die verändert werden sollen, müssen unmittelbar erfahrbar gemacht werden. Dazu suchen Coach und Klient reale Problemsituationen auf oder aktualisieren erlebnismäßig die Probleme durch Techniken wie intensives Erzählen, Imaginationenübungen, Rollenspiele.

(4) die motivationale Klärung: Der Coach ist darum bemüht, dem Klienten ein klareres Bewusstsein der Ursprünge, Hintergründe und aufrechterhaltende Faktoren seines problematischen Erlebens und Verhaltens zu vermitteln. Allerdings nicht, wie oft in der Psychoanalyse, vornehmlich als „Aufklärung“, sondern als Aufsuchen des therapeutischen Weges.

(5) die Problembewältigung: Der Coach unterstützt den Klienten mit problemspezifischen Maßnahmen darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen. Wie erwähnt, geschieht dies in paralleler Weise sowohl auf explizit-deklarativer wie implizit-prozeduraler Weise, d.h. durch die Restrukturierung von belastenden Erinnerungen durch die Aktivierung

„kontrastierender“ positiver Erfahrungen und durch das Einüben besserer Verhaltensweisen. Nur so können die tief eingegrabenen „falschen Schemata“ des Fühlens, Denkens und Handelns eingekapselt und überlernt werden.

Die Idee des „Werkzeugkastens“

Der Coach muss in der Lage sein, die Befindlichkeit des Klienten, die Art und Stärke seiner Belastungen, seine Persönlichkeit und die vorhandenen positiven Ressourcen zu erkennen. Auf dieser Grundlage entscheidet der Coach, welche Interventionen er anwendet. Er muss dafür über einen Vorrat an Interventionsmöglichkeiten verfügen, die nachweislich wirken – wenngleich immer in sehr individueller Weise. So lassen sich je nach Art, Zeitpunkt und Stärke der Störungen wirksame Elemente aus dem Repertoire der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, den psychodynamischen Ansätzen, der Hypnotherapie usw. entnehmen. Voraussetzung ist der Nachweis der Wirksamkeit in einem bestimmten Beratungs- und Behandlungskontext. Wichtig zu beachten ist, dass auch das Coaching die „therapeutische Allianz“ als wichtigstes „Werkzeug“ berücksichtigt.

Literatur: Roth, Gerhard & Ryba, Alica (2016). Coaching, Beratung und Gehirn. Stuttgart: Klett-Cotta.
Grawe, Klaus (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
Roth, Gerhard & Strüber, Nicole (2014). Wie das Gehirn die Seele macht. Stuttgart: Klett-Cotta.
Kotte, Silja; Hinn, Denise; Oellerich, Katrin & Möller, Heidi (2016). Der Stand der Coachingforschung. In OSC, 1/2016, S. 5–23.

AUTOREN | Prof. Dr. phil. Dr. rer. nat. Gerhard Roth, Biologe und Hirnforscher, Professor für Verhaltensphysiologie und Entwicklungsneurobiologie am Institut für Hirnforschung der Universität Bremen und Direktor des Roth Instituts Bremen der Roth GmbH-Orbitak AG.
groth@uni-bremen.de

Alica Ryba, Diplom-Kauffrau, Hypno-Syst. Coach, promoviert bei Prof. Gerhard Roth zu psychologisch-neurowissenschaftlichen Aspekten des Coachings. Wissenschaftliches Mitglied des Roth Instituts Bremen.
dialog@aryba.de

Quellenverweis: Erstveröffentlichung im RAUEN Coaching-Newsletter, Juni 2017, www.coaching-newsletter.de

Macht Zucker wirklich hyperaktiv?

Hyperaktive Kinder, Jugendliche und Erwachsene haben einen erhöhten Zuckerbedarf, denn ihre Muskulatur verbraucht wegen der vorhandenen motorischen Unruhe vermehrt Blutzucker. Werden dann noch Stimulanzien eingenommen, aktivieren diese den Hirnstoffwechsel, so dass ihr Gehirn ein Mehrfaches an Zucker verbraucht. Magere, hyperaktive Kinder, Jugendliche und Erwachsene verfügen meist nur über geringe Blutzuckerreserven in ihrer Muskulatur, so dass jeder erhöhte Zuckerverbrauch schnell zur Unterzuckerung führen kann.

Beim AD(H)S kommt es, bedingt durch eine Stirnhirnnunterfunktion zur Reizfilterschwäche mit Überflutung des Gehirns an Informationen. Das verursacht je nach Schwere des Betroffenseins Stress, wobei nicht wenige AD(H)S-Betroffene ständig unter negativen Dauerstress leiden. Bei Stress werden vermehrt Stresshormone in die Blutbahn abgegeben, die den Blutzuckerspiegel unabhängig und zusätzlich zur Nahrungsaufnahme noch erhöhen. Darauf reagiert der Körper individuell unterschiedlich stark mit Ausschüttung von Insulin. Je nach Menge und individueller Empfindlichkeit gegenüber dem freigesetzten Insulin kann es zum steilen Blutzuckerabfall kommen bis hin zur Unterzuckerung mit den typischen Symptomen: Heißhunger, innere und äußere Unruhe, Gereiztheit, Konzentrationsabfall, Schwindelgefühl und Kopfschmerzen. Auf Unterzuckerung reagiert der Körper mit Verlangen nach leicht verdaulichen Kohlenhydraten, die den Blutzuckerspiegel schnell normalisieren. Werden dann zu viele zuckerhaltige Nahrungsmittel aufgenommen, steigt der Blutzuckerspiegel steil an, worauf sofort Insulin die Blutbahn abgegeben wird. Der Blutzuckerspiegel fällt wieder ab. So entsteht ein sich wiederholender Kreislauf von Stress + zuckerhaltiger Nahrung - Anstieg des Blutzuckerspiegels – Insulinausschüttung - Abfall des Blutzuckerspiegels mit der Gefahr der Unterzuckerung - Essen zuckerhaltiger Produkte, um die Symptome der Unterzuckerung zu beseitigen.

Wird dieser Vorgang ständig wiederholt, kann Essen zur Belohnung werden, weil es das körpereigene Belohnungssystem aktiviert, welches dann positiv wirkende Botenstoffe in die Blutbahn abgibt. Handlungen, die sich ständig wiederholen, automatisieren sich, weil sie mit der Zeit eine feste neuronale Bahn im Gehirn bilden. So kann das Essen von Süßigkeiten, um schnell die unangenehmen

Symptome der Unterzuckerung zu beseitigen, das Belohnungssystem aktivieren. Essen kann dann zwanghaft und schließlich zur Sucht werden.

Dieser stressbedingte labile Zuckerstoffwechsel besteht aber auch bei vielen ADS-Betroffenen ohne Hyperaktivität. Bei ihnen erzeugt Stress ein Gefühl von Frust, innerer Unruhe, Hunger aber auch Appetitlosigkeit. Denn der emotionale Stress fungiert als ein wichtiges Bindeglied zwischen AD(H)S und Nahrungsbedarf. Anhaltender Stress kann das Entstehen einer Esssucht (Binge-Eating-Störung) oder einer Bulimie begünstigen. Andere dagegen reagieren auf den stressbedingten hohen Blutzuckerspiegel mit Appetitlosigkeit.

Fazit: Stress reduzieren, Reizüberflutung vermeiden, rechtzeitig multimodal behandeln.

Zucker an sich macht nicht hyperaktiv, sondern die Unterzuckerung als Folge einer starken Insulinausschüttung mit schnellem Abfall des Blutzuckerspiegels. Unterzuckerung verstärkt die schon vorhandenen typischen AD(H)S-Symptome.

Hyperaktive Kinder haben einen erhöhten Zuckerbedarf, besonders wenn sie mit Stimulanzien behandelt werden.

Die Zuckierzufuhr sollte in Form von Kohlenhydraten erfolgen, die nur langsam, aber länger anhaltend den Blutzuckerspiegel erhöhen, wie z.B. Nudeln, Reis, Vollkornbrot, Haferflocken, Müsli.

Süßigkeiten sollten nur in kleinen Mengen erlaubt sein, was Überzeugungsarbeit, Kontrolle und Vorbildwirkung der Eltern erfordert.

AUTORIN | Dr. Helga Simchen

ALLGEMEINES

Von und mit Dickhäutern lernen?

Einst rief ein König die Blinden seines Landes zusammen. Fünf unter ihnen wählte er aus. Dann ließ er einen Elefanten herbeiführen. Und die Blinden mussten den Elefanten befühlen und betasten. Und ein jeder sollte beschreiben, was er wahrgenommen hatte. So meinte der erste, der den Rüssel umfing, dass dies eine Schlange sei, und den Stoßzahn hielt ein anderer für ein Schwert. Ein dritter umfasste das Bein und war fest überzeugt, es sei der Stamm eines Baumes. Der vierte schließlich hielt das Ohr des Elefanten für ein gewaltiges Kohlblatt. Jener, der das Schwänzchen befühlte, glaubte einen Wurm zu greifen. Für den fünften Blinden schließlich schien die rissige und raue Haut des Elefanten eine Felswand zu sein. Ein jeder der fünf Blinden beschrieb seine Wahrnehmungen auf seine subjektive Weise. Alles zusammen war es aber ein Elefant. So nehmen auch wir Sehenden, wir Lehrer und Pädagogen, fast immer unsere Schüler nur in Teilen wahr:

Beispiel: Eberhard hat große Problem in Mathe und sein Mathelehrer ist nun gar nicht gut auf ihn zu sprechen, dafür aber beherrscht Eberhard eine Menge geschichtlicher Fakten und Zusammenhänge, davon aber hat sein Mathelehrer keine Kenntnis.

Daniela hat überhaupt keine Lust auf Latein und das findet ihr Lateinlehrer überhaupt nicht akzeptabel, dass sie

allerdings eine Vorliebe für Bio hat und im Bio-Leistungskurs eine 1 nach der anderen schreibt, davon hat ihr Lateinlehrer keinen Schimmer.

Was ist hier das Problem?

Auch wir Sehenden, auch Lehrer und Pädagogen nehmen an unseren Schülern im schlimmsten Fall immer nur Teile wahr, erkennen nur Teilwahrheiten und sind der absoluten umfassenden Wahrheit gegenüber Blinde. Für uns Lehrerinnen und Lehrer ist diese Erkenntnis ganz wichtig; ja sogar essentiell – soll Unterricht die Schüler erreichen – viel wichtiger als Methodik, Didaktik, Medieneinsatz und sonstige “unterrichtstechnische” Rahmenbedingungen, sie scheint die wichtigste Grundlage des ganzheitlichen Lernens zu sein.

Gemeint ist damit die menschliche Beziehung zwischen dem Lehrer und seinen Schülern:

Eine solche pädagogisch menschliche Beziehung zwischen Lehrer und Schüler aufzubauen ist Aufgabe jeder guten Pädagogik, denn sie erst öffnet die Tür dazu, mehr als nur einen Teil vom Gegenüber zu sehen/ wahrzunehmen: Miteinander lernen statt gegeneinander. Schulisches Lernen darf sich nicht auf Äußerlichkeiten, die Gestaltung der unterrichtstechnischen Rahmenbedingungen, auf noch so



ausgefeilte Methoden etc. reduzieren, sondern muss als Beziehung, als Gespräch und als Zusammenarbeit praktiziert werden.

Unpersönlicher Unterricht, der sich nur und ausschließlich an Lehrstoff und fachspezifischer Leistung orientiert und die Person des Schülers und seine sozioemotionalen Bedürfnisse unbeachtet lässt, wirkt lernbehindernd. Heißt, den einzelnen Schüler nicht nur auf die fachspezifische Wahrnehmung durch den Lehrer zu reduzieren, sondern als Lehrer immer auf der Suche nach dem zu sein, was ein Schüler in einer bestimmten Situation zum guten Lernen braucht. Mit unseren Schülerinnen und Schülern müssen wir eine persönliche Arbeitsbeziehung entwickeln. Dies kann in vielen Situationen geschehen: durch Kurzgespräche vor Schulbeginn, während und außerhalb des Unterrichts durch Einzel- und Gruppengespräche, als Lern- und Lebenshilfe.

Der heute allein durch die enormen Klassenstärken wohl am meisten vernachlässigte pädagogische Grundsatz ist "die beziehungsmaßige Nähe des Lehrers zum Schüler"; anders ausgedrückt, die Schülerorientierung, also den Schüler in seiner Gesamtpersönlichkeit wahr- und anzunehmen, ernst zu nehmen und seine Bedürfnisse zu respektieren. Für allzu viele Schulen ist der Schüler zum lästigen Störenfried geworden: Sein unberechenbares Verhalten wirft wohlgedachte Fachrichtlinien und Unterrichtspläne über den Haufen, seine Reaktionen und Handlungen bringen die Schulordnung und Unterrichtsgestaltung durcheinander, und obendrein besteht er - bzw. seine Eltern - neuerdings auch noch hartnäckig darauf, dem dargebotenen Unterricht folgen können und alles verstehen zu müssen.

Wenn Unterricht wieder Spaß machen soll (und zwar

für Schüler und Lehrer!), wenn Kinder nicht länger vorgekauft Wissen bloß wiederkäuen (sollen), wenn Schule wieder Raum bieten soll für intellektuelle Abenteuer und bereichernde soziale Erfahrungen, dann wird sie das Ganzheitliche im Lernen, die Gleichgewichtigkeit des Sozialen und Emotionalen neben dem Kognitiven wiederentdecken müssen. Konkret: Kinder und Jugendliche, die Anerkennung, Zuneigung und ganzheitliche Wahrnehmung – statt „der hat keine Lust“, „der strengt sich nicht an“ – von Lehrern und Mitschülern erfahren, lernen nicht nur sich selbst, sondern sie lernen auch, andere anzuerkennen. Damit finden sie auch in der Schule Sicherheit und Geborgenheit – auch dann, wenn Auseinandersetzungen auftreten.

Arbeit und Freizeit, Anstrengung und Entspannung sollen sich ergänzen und durchdringen. Denn es muss uns wichtig sein, dass alle Schülerinnen und Schüler gern in die Schule kommen und sich hier wohlfühlen. Eines ist gewiss: Was mit Freude gelernt wird und was mit positivem Erleben verbunden ist, dafür tut man mehr, und das wird auch besser behalten. Schüler Schule nicht allein als Unterrichtsstätte, sondern gleichermaßen als ihren Lebens-, Lern- und Erfahrungsraum wahrnehmen. Hier sollen sie sich glücklich und geborgen fühlen und in einer freien und befreienden Atmosphäre lernen können. So erfahren sie dann gleichsam vertrauensvolle Bindungen zu Mitschülern und Lehrern, gegenseitige persönliche Zuwendung und offenen mitmenschlichen Umgang.

Heißt zuallererst: Individuelle Zuwendung, positive Schüleransprüche:

Kinder und Jugendliche sollen in der Schule nicht nur kognitive, sondern unbedingt auch reichhaltige soziale und positive emotionale Erfahrungen machen können. In ihrer Beziehung zum Lehrer brauchen sie Raum, Halt, Orientierung und Unterstützung für ihre Erfahrungen. Wenn ein

Lehrer bestimmte Beziehungsmerkmale im täglichen Miteinander verwirklicht, fördert er in günstiger und ganzheitlicher Weise die Persönlichkeitsbildung der Schüler:

- **Achtung, Akzeptanz, Wertschätzung**
- **emfühlendes Verhalten**
- **Echtheit als Mensch**

drücken sich in der gesamten Art der Zuwendung des Lehrers zu den Schülern aus. Immer wieder kann man daran, wie ein Lehrer auf Schüler zu- und eingeht, wie er sie wahrnimmt, ob er sich einer ganzheitlichen Wahrnehmung gegenüber als blind verstellt, deutlich erkennen, dass/ob er sie achtet und akzeptiert, ob er sich bemüht, sie zu verstehen, und ob er sich selbst als Mensch nicht versteckt, also echt ist. In seiner gesamten Haltung, in seiner Gestik, Mimik und durch den Tonfall, in dem er spricht, drücken sich diese Merkmale aus. Ebenso deutlich kann man in der Art, wie ein Lehrer mit Schülern spricht, erkennen, ob er sich bemüht, sie zu verstehen, und sie ganzheitlich wahrzunehmen versucht.

Es geht also nicht nur darum, konkrete Regeln, Vorschriften, Anweisungen, „Rezepte“ bereitzustellen. Die konkrete Verwirklichung des Pädagogischen vollzieht sich in der Art und Weise wie Lehrer und Schüler die Beziehung miteinander täglich in immer einzigartiger Weise gestalten. Bei aller Bedeutung des pädagogischen Wissens ist es doch für uns Lehrer zuerst erforderlich, sich den Erfahrungen zu öffnen, die wir insbesondere in der Beziehung zu Schülern machen können.

Was wir von und mit Dickhäutern lernen können?

Ja, wir können selbst von Dickhäutern lernen, wenn wir sie nicht auf Teilwahrnehmungen reduzieren. Der Versuch bereits genügt, und das ständige tägliche unterrichtliche Bemühen bereits reicht, nämlich als Lehrer stets nach dem zu streben, was der aktuell vor mir sitzende Schüler am ehesten benötigt, um mit den unterrichtlichen Anforderungen klar zu kommen.

Heißt:

Positive Lehrer-Schüler-Beziehung

... diese erst bereitet den Nährboden für einen ganzheitlichen schülerorientierten, erfolgreichen Unterricht.

AUTOR | Prof. Dr. h.c. Hans Biegert,
Schuldirektor i.R., Dozent und Hochschullehrer

ADHS und Origami

Diffy lernte Herrn Rudolf Deeg, Origamikünstler aus Bremen, auf dem Kirchentag in Berlin kennen und hatte sehr viele Fragen an ihn:

Diffy: Wie sind Sie dazu gekommen, Origami zu machen? Sagt man: „Origami machen“ oder wie heißt das richtig?

Rudolf Deeg: Ja, die Frage kann man so stellen. Das japanische Wort „Origami“ heißt übersetzt „Papier falten“. Wie kam ich also dazu Papierfalten zu machen?

Ich hatte das Glück einen Lehrer zu haben, der zu damaliger Zeit einer der ganz wenigen Origami-Experten in Deutschland war (Manfred Bacher). Das Thema hat mich so sehr interessiert, dass ich nach Schulabschluss seinen Origami-Volkshochschulkurs besuchte.



Diffy: Warum machen Sie das so gerne?

Rudolf Deeg: Es fasziniert mich. Viele Origami-Figuren empfinde ich wie einen Zaubertrick. Es hat etwas Unmögliches an sich, aus einem einfachen Blatt - ohne es zu schneiden oder zu kleben – eine dreidimensionale Figur zu falten.

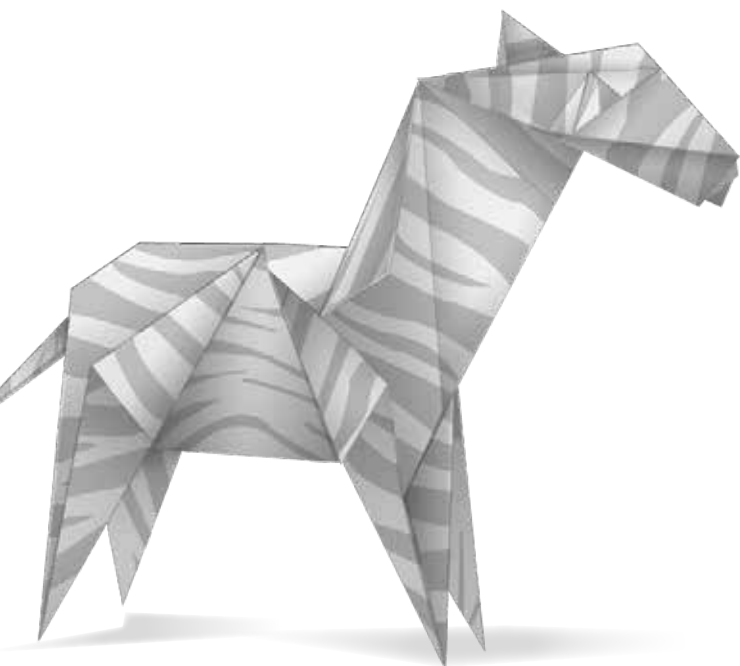
Beeindruckende Origamikunstwerke regen meine Neugier an. Meine innere Stimme fragt sich dann stets: Wie haben die das gemacht!? Da gibt es eine Violinenspielerin mit

Geige in der Hand oder ein Schiff, das von einem Kraken mit acht Armen angegriffen wird. Und das alles aus nur einem Blatt Papier, ohne es zu schneiden und zu kleben. Das sprengt mitunter die Vorstellungskraft.

Diffy: Warum ist das für ADHSler eine gute Beschäftigung?

Rudolf Deeg: In vielen Berufsgruppen ist es heutzutage wichtig, über mehrere Stunden ruhig und konzentriert an einem Tisch zu arbeiten. Wer mit einem ausgeprägten Bewegungsdrang gesegnet ist, für den wird das schnell zur Qual. Da das „Stillsitzen“ in unserer Gesellschaft aber (leider) eine wichtige Sache geworden ist, sollte man es trainieren. Wer Freude an Origami entwickelt, trainiert im Spiel. Man beginnt mit einfachen Figuren, die sich noch verhältnismäßig schnell falten lassen und kein allzu langes Stillsitzen erfordern. Wenn einen das Faltfieber gepackt hat, möchte man sich an kompliziertere Figuren heranwagen, an denen man dann schon länger sitzt. Dabei kann einen das konzentrierte Falten in einen „Flow“ versetzen, durch den man alles um sich herum vergisst. Das Ganze ist allerdings nicht so bewegungslos, wie man vielleicht denkt. Beim Origami sind verschiedenste Tätigkeiten auszuführen: falten, drücken, drehen, ziehen, kneifen ... Es gibt sogar Modelle, in die muss man hineinpusten, um sie zu vollenden. Zum Schluss hat man ein sichtbares Ergebnis. Ein fertiges Werk, auf das man stolz sein kann. Und wenn's beim ersten Mal noch nicht so gut geworden ist, dann faltet man es einfach noch einmal. Dadurch wird man besser und der Erfolg erhält die Freude.

Diffy: Haben Sie einen Trick / eine Methode, wie Sie sich die Faltschritte merken?



Rudolf Deeg: Wenn ich eine Figur auswendig können möchte, falte ich die Figur nicht ein Mal, sondern 10- bis 20-mal. Ich versuche dabei die Figur immer besser, schöner und effizienter zu falten und das Auswendiglernen erledigt sich von ganz alleine.

Diffy: Was machen Sie mit den „Kunst-(Falt-)werken“?

Rudolf Deeg: Die schönsten Werke kommen in eine Vitrine oder werden verkauft. Manche landen in Schachteln auf dem Dachboden und missglückte im Papierkorb.

Diffy: Ich habe gesehen, dass Sie auch Eigenkreationen haben, z. B. http://faltkunst.de/origami_dragonfly_2013_by_rudolf_deeg/. Wie lange brauchen Sie für so etwas?

Rudolf Deeg: Die meisten meiner Kreationen entstehen mitten unterm Falten. Sie bauen dann auf dem Faltkonzept einer anderen Figur auf. Zum Beispiel entstanden der Dragonfly und ein Vogel aus einem Grashüpfer. Die Figuren sind unterschiedlich, aber das Konzept ist das gleiche. Figuren, die ich auf Kundenwunsch erfinde, sind deutlich schwieriger, denn da muss ich ein neues Konzept finden. So hat die kleine Geldscheinmaus über eine Woche gebraucht, bis sie erfunden war.

Diffy: Können Sie auch mich falten (ein Zebra)?

Rudolf Deeg: Klar kann ich, aber hast du nicht Lust bekommen, dich selbst zu falten!? Du hältst das vielleicht für unmöglich, aber das ist es doch, was wir wollen: das Unmögliche schaffen! Schnapp dir ein Papier mit einer schwarzen Vorder- und bunten Rückseite. So entsteht ein schwarzes Zebra mit bunten Streifen! Die Anleitung findest du in dem Buch: „African Animals in Origami“ von John Montroll. Hier ein Bild: http://www.giladorigami.com/P_Zebra_Montroll.JPG

es draußen wahnsinnig viele Lebewesen gibt, die nicht so ein großes Glück wie ich haben und im Warmen/Trocknen sind, sondern irgendwo Unterschlupf suchen müssen und bei plätschernden Bächen fallen mir meine diversen Wasserschäden ein, die sich teilweise zu rauschenden Fluten gemausert haben (DANKE liebe Nachbarn!), etc..

„Man“ findet doch immer etwas, was einen interessiert oder einen an irgendetwas erinnert – zumindest solange das liebe Hirnchen noch gummitwistspielend, zungeherausstreckend und mittelfingerzeigend durch die diversen ihm innewohnenden Stübchen turnt und wilde Sau spielt, als hätte es gerade ‚nen Liter Cola auf Ex getrunken. Was ich, mit Verlaub, noch nie getan habe.

Gehe ich aber so gegen vier, fünf Uhr in die Federn, dann hat es sich, wie ein kleines Kind, langsam müde getobt und erlaubt mir, meine diversen Wecker zu stellen, lässt mich zumeist meine Augen schließen und gibt dann locker für ca. fünf abgeschlossene (!) Schlafzyklen Ruhe. Theoretisch zumindest, denn es gibt da ja noch den Beruf der mich zwingt aufzustehen. Alternative früher ins Bett zu gehen? S.o.!

Um 22/23 Uhr ins Bett gehen zu müssen, ist ein ca. Äquivalent (je nach Tagesform, wir sind ja sehr flexibel) zu 15-16 Uhr. Naaaaaa? Wer von Ihnen möchte gerne nachmittags ins Bett hüpp'n, Tag für Tag, Woche für Woche, Monat für usw. und erwartungsgemäß NICHT einschlafen – das verlangt aber jeder. Mit einem bisschen Willen und Anstrengungsbereitschaft wird das schon klappen! Oder sind Sie etwa depressiv? Dann sollten Sie dringend ADs oder Schlaftabletten nehmen, kann ja gar nicht sein, dass man ins Bett geht und nicht sofort einschläft, da liegt was im Argen. Sie grübeln zu viel und wollen gar nicht schlafen! Geben Sie es zu, sie weigern sich innerlich und deswegen klappt es auch nicht!

Tssstssss, was soll ich dazu sagen? Wieso haben Sie kein Verlangen, nachmittags einzuschlafen? Sie können nicht? Es ist zu früh? Quatsch! Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg! Wenn Sie um 22/23 Uhr ins Bett gehen, dann schlafen sie ad hoc ein? Tja, Pech.

Ich habe beschlossen, dass fortan jeder um 16 Uhr ins Bett geht, damit Freund und Feind ausgeschlafen zur Arbeit erscheinen. Die fängt jetzt nämlich für alle rechtschaffenen (!!!), fleißigen und gewissenhaften Menschen um zwei Uhr nachts an. Wer sich nicht daran hält, der fliegt. Wo kommen wir denn hin, wenn jeder kommt wann er will. Ich finde zwei Uhr nachts ist eine großartige Zeit.

Jeder muss Kompromisse eingehen. Es ist mir totaaaaal egal, dass Sie um 16 Uhr noch nicht schlafen können, weil Sie so angespannt vor sich hin grübeln und sich weigern

Tabletten zu nehmen. Sie können doch morgens „Hallo-wach-Pillen“ nehmen. Wo ist das Problem?

Wir leben in einer Welt, wo keine Rücksicht genommen werden kann, warum auch?! Wenn Sie sich nicht anpassen wollen, dann müssen Sie sehen wo Sie bleiben.

Nochmal: Schön, dass Sie um 22/23 Uhr PROBLEMLOS ein- und locker sieben/acht Stunden am Stück durchschlafen, wenn man Sie lässt. Da müssen Sie jetzt aber zukünftig aufstehen!

Wie, drei Stunden Schlaf reichen auf Dauer nicht? Sie sind dann nicht so produktiv, kreativ, fit? Diese Info interessiert mich, weil...? Draußen stehen X Andere, die SEHR gerne nachmittags ins Bett gehen. Soll ich mich mal umhören? Ach ja, das Leben ist eines der härtesten, wem sagen Sie das. Wollen Sie allerdings Ihren Job behalten, so ... Sie wissen schon! Darf ich Ihnen jetzt das Tschüss anbieten?

Genug des Zynismus.

Das oben beschriebene Szenario ist für das Gros ein Alptraum, zeitgleich aber eben nur fiktiv. Sie können wieder durchatmen und getrost zu Ihrer Zeit ins Bett gehen und alles ist schick.

Für mich und weltweit Millionen andere ist das gesellschaftliche Bild Alltag. „Allet faule Hunde, allet ‚n Pack“, alle die, die spät ins Bett gehen und es dann wagen spät aufzustehen. Dabei ist spät alles, was nach 6:30 passiert. „Heute habe ich mal ausgeschlafen, so richtig! Bin erst um 8:45 aufgestanden. Am Samstag erlaube ich mir das.“

ÄH, was?! Da komme ich teilweise in meine erste Tiefenschlafphase.

Seien wir ehrlich, wer ist schon nonstop so cool, dass ihm/ihr das piep egal ist und man locker flockig lächelnd darübersteht? Vor allem, wenn der Job in Gefahr ist, beziehungsweise so ganz nebenbei, die eh schon angegriffene Gesundheit. Ich bin es nicht. Und nein, ich möchte bitte, danke keine wertvollen Tipps und nein, Milch, Kurkuma und Honig helfen nicht und nein, ich esse abends nicht zu fett/spät und sitze nicht permanent vorm PC, ... ich habe das über 25 Jahre, wobei es schlimmer wurde und bisweilen drohte, sich in Richtung „N24“ (googeln Sie zur näheren Erklärung bitte selber) zu entwickeln, ich gewöhne mich NICHT daran und nicht, weil ich oder mein Hirn nicht wollen – es GEHT NICHT. Ja, so einfach ist das: (noch?!) unheilbar. Soll es geben.

Melatonin, Tryptophan – ja, ich weiß. Danke. Schon mal ‚nem Autofahrer den Tipp gegeben, dass er aufs Gas treten muss, um vorwärts zu kommen? Na also. Man möge mir meine scheinbare Arroganz verzeihen. Ich äußere

mich aber nur, wenn ich tendenziell Ahnung habe. Wobei ich einräumen muss, dass ich kürzlich tatsächlich etwas Neues gelernt habe. Und zwar gibt es sowohl unretardiertes, als auch das bekannte Retard. Melatonin. Und da ich ja per se KEIN Durchschlafproblem habe, sondern nur viel später müde werde und anscheinend nicht rechtzeitig ausreichend Melatonin verfügbar habe, klingt es mehr als logisch, dass unretard. Melatonin wahrscheinlich recht effektiv wäre. (Vielen Dank, ehrlich, liebe B.!) Gibt es aber nicht in Deutschland, zumindest habe ich es noch nicht gefunden.

Pillen, egal welche, könnte ich nehmen, ja und tagtäglich gegen meinen eigenen Rhythmus, meine innere Uhr ankämpfen, mich quasi brechen, panisch mit 23 gestellten Weckern zugeröhnt einschlafen, in der Hoffnung, am nächsten Tag rechtzeitig wach zu werden und es dann irgendwie zu schaffen, in die langsamen Gänge und pünktlich aus dem Haus zu kommen. Been there, done that, didn't like it.



„Typischer“ Zeitraum des Schlafens



Leicht verzögerter Zeitraum des Schlafens

Menschen mit einem normalen Schlaf-Wach-Rhythmus schlafen zu einer für sie passenden Uhrzeit (hier: 23 Uhr) ein und erwachen zu einer ebenfalls passenden Uhrzeit (hier: 7 Uhr) wieder.

Menschen mit DSPS schlafen zu einer deutlich späteren Uhrzeit (hier: 2 Uhr) ein und erwachen entsprechend später (hier: 10 Uhr) wieder.

Und trotzdem habe ich es kürzlich wieder versucht. Das Mütterlein meinte es gut, da konnte ich ja schlecht nein sagen. Tryptophan nochmal: „Pre-Melatonin“. „Perfekt zum ein- und durchschlafen, the best stuff ever, hilft sofort, Teufelszeug und dabei ganz natürlich, GRANDIOS,...“. Dabei muss es, um effektiv wirken zu können, die Blut-Hirnschranke überwinden (eine genaue Beschreibung des ganzen Prozesses und die Notwendigkeit von der Kombi mit Magnesium schenke ich mir an dieser Stelle einmal).

Ich habe also mit bester Absicht und vorurteilsfrei zwei Tabletten eine Stunde vorm erhofften Schlaf eingenommen, vorsichtshalber am WE, habe gewartet, gewartet, gewartet, bin dann tatsächlich eingeschlafen und frisch und munter aufgewacht.

Wie gesagt, ein Teufelszeug! Ich habe all meine negativen Erfahrungen über Bord geworfen, habe mich ein neues Leben beginnen sehen, war voller Tatendrang und happy as can be und dann guckte ich auf die Uhr. Das binnen 20 Sek. neu aufgebaute Leben erstickte im Keim. Ich hatte sage und schreibe 1,5 Stunden geschlafen. Brüller! Humor ist, wenn man trotzdem lacht. Inzwischen liege ich mit drei Pillen dennoch bis zu vier Stunden wach – wenn ich vor vier/fünf Uhr ins Bett gehe. Herrrrlitsch!

Also nehme ich nichts and do it my way und schlafe drei, vier oder auch mal fünf Stunden und komme deswegen morgens nicht in die Gänge, schlafe aber (da trainiert/konditioniert) beruhigter ein und weine mich (ich übertreibe mal wieder) nicht in den Schlaf, weil ich mich ausknocken musste um zu schlafen.

Sehr schön sind auch die widerlich neidischen und abschätzigen Blicke der Kollegen, wenn man später kommen darf und deren Gejaule: „Krassss, ich habe heute nur (!!!) 6 Stunden geschlafen, wie soll ich den Tag überstehen?“

Und ich wollte gerade voll Stolz erzählen, dass ich 4,5 Stunden hatte – schon das zweite Mal in dieser Woche. „Also IIIIICH könnte das ja nicht, nein, nie! Das ist voll krass! Wie schaffst du das nur? Ach, wieso durftest du heute eigentlich später kommen? Morgen fangen wir wg. XY früher an, kommst du auch dahin?“

Röchel...

Warum reagieren die Leute so negativ, wenn man einen anderen Rhythmus hat? Warum gilt man dann als unsozial, faul, undiszipliniert? Was ist denn eigentlich damit, dass unsereins dafür bis weeeeeeeeiiiiit in die Nacht, bzw. den Morgen mehr oder weniger hoch produktiv arbeitet, bis auf saugen, bohren, waschen und schleudern ist doch alles andere machbar?! Das zählt aber nicht.

Während all die anderen schon seit fünf Stunden in den Federn liegen, tief, selig und FAUL schlummern, ist unsereins aktiv, hellwach, motiviert und tüchtig, es gibt so viel zu tun: recherchieren, Rechnungen bezahlen, die Wohnung umgestalten, Staub wischen, Brot backen, rumlungern in DSPS-Foren (herrlich zu erfahren, dass man/frau nicht alleine diesem anderen Rhythmus unterworfen ist), lesen, nebenbei abwaschen, Akzente-Berichte schreiben und Emails verfassen, Mucke hören, bügeln, den Balkon streichen (nicht zur Nachahmung empfohlen),... Weiß der



Geier, was unsereins nachts so macht, während Otto Normalverbraucher und Otto-nicht-Normalverbraucher dem Schlaf der angeblich Gerechten frönen.

Von den armen Kindern, die in Hundertschaften darunter LEIDEN, weil sie eben auch nicht nicht schlafen wollen, sondern nicht können und es deswegen oft jeden Abend massiven Ärger gibt, alle genervt und gestresst sind, sie dann aber morgens hundemüde aus dem Bett gezerrt und in die Schule gescheucht werden und dort völlig übermüdet, in lauten Klassen ihren Schlafmangel und die ADHS-Symptome bekämpfen müssen, reden wir mal lieber gar nicht.

Das ist kein „Ich geh halt gerne spät schlafen!“-Zustand, das ist eine neurologische Störung und sehr ernst zu nehmen! Das Zauberwort heißt DSPS, bzw. DSPD, *delayed sleep phase syndrome/disorder*. Im Deutschen heißt es: Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörung, Typ verzögerte Schlafphase. Kennt bloß niemand.

Unter: <http://www.circadiansleepdisorders.org/docs/CRSDGraphic.php> findet man eine deutsche Erklärung dazu. Der Artikel ist so gut geschrieben, dass ich ihn nicht kaputt machen will. Aber folgende Sätze waren einfach Balsam für die geschundene Seele:

Ist DSPS eine psychische Krankheit?

Nein. DSPS ist eine neurologische Schlafstörung. Es kann psychische Probleme verursachen, da es äußerst schwierig ist mit den Symptomen fertig zu werden und es oft an Verständnis von Familie, Freunden, Arbeitgeber und sogar einigen Ärzten fehlt. Es ist für die meisten Leute schwierig zu ver-

stehen, dass die unüblichen Schlafenszeiten außerhalb der Kontrolle einer Person sein können.

Für viele Personen mit DSPS kann es schwierig oder unmöglich sein zu üblichen Zeiten zu schlafen. Versuche dies so zu tun, haben Schlafentzug und Stress zur Folge, mit allen schädlichen Wirkungen die das verursachen kann. Sie finden, dass sie viel produktiver und zufriedener sind, wenn sie nach dem Zeitplan leben zu dem ihr Körper natürlicherweise zurückkehrt. Für Personen mit schweren Fällen könnte das die einzige realistische Möglichkeit sein.

Warum nicht einfach früher zu Bett gehen?

Personen mit DSPS sind wirklich nicht in der Lage früher einzuschlafen.

Dies unterscheidet DSPS davon eine einfache „Nachteulen“-Tendenz zu sein, in welcher Leute bevorzugen bis spät aufzubleiben und später aufzustehen, jedoch in der Lage sind ihren Zeitplan an übliche Zeiten anzupassen. Personen mit DSPS sind nicht in der Lage ihre fehlerhaften inneren Uhren zu verstellen. Medizinisch ausgedrückt, sind sie nicht in der Lage sich an einen üblichen Tag- und Nachtzyklus anzupassen.

Da diese Krankheit jedoch nur wenigen Ärzten bekannt ist, bleibt sie oft unbehandelt oder wird unangemessen behandelt.

Es lohnt sich definitiv ihn zu lesen. Dort findet man sogar Flyer die man verteilen soll. Zudem gibt es Artikel zu anderen Störungen des Schlaf-Wachrhythmus, z.B. der Störung, wo es genau anders herum ist - auch sehr spannend, solange man nicht davon betroffen ist. Ein Freund hat mir just Rapport über seine Schlaffortschritte geliefert, nachdem ich ihn endlich erfolgreich bequatscht hatte, dass er doch wenigstens ab und zu einmal seinem natürlichen Schlafbedürfnis folgen und früh ins Bett gehen sollte (ehrlich gesagt steckt/e neben echter Sorge auch etwas „wissenschaftliche“ Neugierde hinter meinem Drängen, das weiß er aber). Als Adhler war es ihm schier unmöglich, die „wertvolle Zeit“ mit Schlafen zu vergeuden, man muss ja schließlich stets sein BESTES geben und weit mehr als NTs leisten... Nun schläft er statt drei/vier Stunden, sechs/sieben und ist fassungslos, was das mit ihm macht.

Bei Wikipedia gibt es ebenfalls einen guten Artikel zum DSPS. Als ich die Artikel fand, war das eine absolute Erlösung und Offenbarung – und wieder dieses bekannte Gefühl ...

Die erste Lektüre dieser Berichte war wie das Abhaken einer personalisierten Checkliste. Ich hätte es mir am liebsten auf die Stirn tätowiert: Ich hatte Recht und ihr nicht, bäh! Wie viele Menschen daran unwissentlich leiden, kann man kaum abschätzen.

Das zählt natürlich auch nicht als Behinderung, obwohl es einen massiv behindert und dadurch den Körper/die Organe behindert „macht“, zumindest bei Aufrechterhaltung des gesellschaftlichen Zwangs. Denn permanenter Schlafentzug macht krank, dick, lahm, unglücklich und das in Kombi mit – ach reden wir nicht drüber.

Ich muss gestehen, ich bin manchmal neidisch auf die, die sich zu irgendeiner Zeit hinpacken und ganz dreist ad hoc einschlafen. Während die dann eben morgens den Lerchen und frühauftstehenden, wurmsuchenden early birds zuhören, presse ich bisweilen missmutige Aggrotiradengen Federvieh hervor. Ich habe dann jedoch ein schlechtes Gewissen, denn die lieben, kleinen Vögel können ja nichts für ihre abartig gute Laune so früh am Morgen und natürlich ist es ja ganz reizend, wie sie so sorgenfrei, das nehme ich zumindest an, dahinträllern.

Wo bleibt meine Toleranz ihnen gegenüber? Aber ich weiß halt, dass meine unzähligen Wecker bald klingeln und mich in den Tag schmeißen werden, der unter denkbar widrigen Umständen beginnt. Und es heißt, den eh schon mickrigen Motor anzuwerfen, die dazukommende Müdigkeit wegzudrücken und klar zu denken. Jammern hilft nix, schön ist jedoch anders.

Werte Ärzte: Nicht jede Dauermüdigkeit, jedes Einschlafproblem ist eine Depression. Machen Sie sich bitte schlau and spread the word. Nur deswegen krakeele ich hier motzend rum. Wissen befreit, beruhigt und erklärt vieles. Vielleicht kommt es so auch zu mehr Verständnis und ganz, ganz vielleicht doch noch zu einer Rettung und/oder Minderung der Symptome?!

Epigenetisch wird sich in diesem Bereich kaum etwas verändern lassen, nehme ich zumindest mit meinem Laienwissen an. Hoffnung ruht in der Optogenetik, die sich ja schon seit einiger Zeit mit Dopamin und Co. beschäftigt und generell, im wahrsten Sinne des Wortes, „zumindest“ ein kleines Licht am Ende des ADHS-Tunnels sein könnte. Auch wenn ich es grausam finde, dass dafür arme Mäuse herhalten müssen. Spannend ist es leider dennoch. Und vielleicht gehen die Forschungen und Erkenntnisse ja weiter in

Richtung Schlaf-Wach-Zyklus.

Hochaktuell kommt auch noch dazu: And the Nobel Prize goes to... J. C. Hall, M. Rosbash und M. W. Young. Sie haben entdeckt, wie unsere innere Uhr tickt, mit Hilfe der gemeinen *Drosophila melanogaster* – da werden Erinnerungen wach, dabei ging es aber eher um Mendel.

Angeblich sind dabei das Erbgut, die Gene „schuld“ und natürlich Licht und Dunkelheit. Frage: Warum pooft meine Sippe dann problemlos ein? Vielleicht muss ich weiter zurückgehen?! Eine kürzlich veröffentlichte Studie besagt nämlich, dass einige menschliche Eigenschaften, wie die Stimmung und der Schlafrhythmus, zwar in Zusammenhang zum Sonnenlicht stehen, aber auch durch Neandertaler-Ahnen beeinflusst sein können. Dabei wurden die Genome von über 100.000 Briten untersucht, die wohl „Neandertaler-DNA“ besitzen. Es wurde festgestellt, dass sie verhältnismäßig öfter an u.a. Antriebslosigkeit leiden, sowie öfter rauchen und eben länger wach bleiben. Dieses lässt vermutlich darauf schließen, dass jene Urahnen schon sehr gut an die wechselnden und niedrigen Level an Sonnenlicht angepasst waren, im Gegensatz zu den afrikanischen Vorfahren. Aha! Wieder etwas gelernt. Helfen tut das aber nicht.

Zusammenfassend lässt sich, wie bereits teilweise erwähnt, sagen:

- 1. Der Teufel macht immer auf den dicksten Haufen.**
- 2. Humor ist, wenn man trotzdem lacht.**
- 3. Die Hoffnung stirbt zuletzt.**

Wer mir übrigens eine Million schenken möchte, sodass ich nicht mehr täglich Gefahr laufe, unschuldig zwitschernde Vögel anzuschmauzen, der möge sich bitte an Frau Bea wenden. Sie wird den Kontakt herstellen und ich verspreche, dass ich dafür im Büro helfen und verantwortungsvoll mit dem Sümmchen umgehen werde.

Y. L.

Das entstand kürzlich spontan aus einer Art Schnapsidee in einem DSPS-Forum und soll als quasi-Visitenkarte genutzt werden, um sich lange Erklärungen zu ersparen:



Von Schutzschilden und der Arbeit in der Selbsthilfe

„Der Weltraum, unendliche Weiten. Wir schreiben das Jahr 2200. Dies sind die Abenteuer des Raumschiffs Enterprise, das mit seiner 400 Mann starken Besatzung 5 Jahre unterwegs ist, um fremde Galaxien zu erforschen, neues Leben und neue Zivilisationen. Viele Lichtjahre von der Erde entfernt dringt die Enterprise in Galaxien vor, die nie ein Mensch zuvor gesehen hat.“

Wissen Sie, was Menschen mit AD(H)S mit der Si-Fi-Serie von Gene Roddenberry gemeinsam haben?

Immer, wenn die Enterprise mit feindlichen Lebensformen in Kontakt kommt, wird es auf der Brücke sehr geschäftig und wenn James T. Kirk ein kurzes „Schutzschild hochfahren“ in den Raum bellt, dann weiß man, dass es spannend wird.

Ich sitze vor meiner ersten Tasse Kaffee. Gestern war Selbsthilfegruppe. Die erste Tasse Kaffee am Morgen ist ein Ritual; und dabei mag ich Kaffee nicht wirklich. In Wahrheit ist er für mich die Möglichkeit, sich in den Tag einzusortieren.

Würde ich sagen: „Leute, ich habe ADHS und um zu funktionieren brauche ich Zeit, meinen überaus empfänglichen Geist erst einmal etwas abzuschotten“, das würde kein Nichtbetroffener verstehen. Wenn ich am Morgen etwas brummig bin und sage: „Kaffee!“ dann ist das von der Außenwelt gut zu verstehen und damit akzeptiert. Diese Tasse Kaffee ist die Möglichkeit der Abgrenzung nach außen, der Moment des Hochfahrens meines „Schutzschildes“.

Mein Hirn ist die Enterprise, mein Alltag ist der Weltraum und die Tasse Kaffee ist Captain James T. Kirk, der Scotty im Maschinenraum die Anweisung gibt, das „Schutzschild“ für diesen Tag hochzufahren.

Dieser Schutzschild gegen die Eindrücke von außen ist für mich, als reizoffene ADHSlerin, genauso überlebenswichtig wie für die Besatzung und, ebenso wie in der Fiktion, ist es sehr energieaufwändig dieses im Laufe eines Tages aufrechtzuerhalten. Oft sind am Abend meine

Energiereserven aufgebraucht und ich bin froh, wenn die Klingonen (eine humanoide Krieger-Zivilisation) abgezogen sind und das Schutzschild nicht mehr gebraucht wird.

Ich würde gerne noch ein bisschen in der Welt des Gene Roddenberry bleiben. Sie erklärt ein weiteres Phänomen, das für mich und mein ADHS typisch ist, wirklich sehr gut. Dieser Schutzschild der Enterprise hat, ebenso so wie mein persönlicher, einen kleinen Haken. Wenn er hochgefahren ist, dann ist beamen nicht mehr möglich. (Beim Beamen, manchmal auch Teleportation genannt, wird ein Objekt oder eine Person mit Hilfe eines Transporters zu einem anderen Ort transferiert, ohne dass sie sich selbst dabei bewegt.)

Um mich selbst zu schützen, kapsle ich mich von der Umwelt ab und beraube mich sozusagen selbst meiner technischen Möglichkeiten.

Gestern Abend war also Selbsthilfegruppe. Für diesen einen Abend im Monat fahre ich meinen Schutzschild bewusst herunter und werde somit wie die Enterprise den Gefahren des AD(H)S-Universums ohne Schutz ausgesetzt. Es wäre mir nicht möglich mit einer tollen Gruppe besonderer Menschen in Kontakt zu treten, wenn es anders wäre. Als ADHSler würden sie sofort mitbekommen, wenn ich nicht voll anwesend wäre. Mein Schutzschild, für Nichtbetroffene nicht wahrzunehmen, leuchtet für Betroffene wie der Times Square am Abend.

Was an einem solchen Abend besprochen wird, ist oftmals sehr zehrend, denn ein ADHS-Leben ist weit davon entfernt still vor sich hinzuplätschern, ist mehr Achterbahn als Spaziergang im Grünen, mehr Science-Fiction als Telefonbuch.

Deshalb sitze ich hier vor einer Tasse Kaffee und pflege meinen emotionalen Hangover.

Meine Lieblingsfigur in der Serie war übrigens Mr. Spock, der wissenschaftliche Offizier. Als Halb-Vulkanier, deren Gesellschaft rein auf Logik beruht und ihre Gefühle unterdrückt, reagiert er – trotz seines gelegentlich durchschimmernden menschlichen Erbes – stets logisch und besonnen. Er hinterfragt immer menschliches Verhalten und dieses findet er oft „faszinierend“.

Selbsthilfe ist bestimmt auch im Jahr 2200 wichtig und deshalb wünsch ich allen:

“live long and prosper” – “dif-tor heh smusma”



Foto: Andrey Kuzmin/fotolia

AUTORIN | Patricia Ödell

AKTUELLES AUS DEM VERBAND

Cannabis-Medikation bei ADHS: Ja oder Nein?



Grundsätzliches vorweg: Cannabis, zu Deutsch: Hanf, ist eine der ältesten Kulturpflanzen der Menschheit. Seit der Antike ist auch ihre somatische und psychoaktive Wirkung bekannt. Sie kam u. a. bei Schmerzen, Schlafstörungen, Migräne oder Epilepsie zum Einsatz. Ab der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts kamen Cannabis-Präparate in den westlichen Industriestaaten allerdings immer seltener zum Einsatz, da das Verhältnis von Wirkungen und Nebenwirkungen ungünstig ist. Es gab nun wirksamere und verträglichere Präparate zur Behandlung von Schmerzen und Krämpfen.

Vor diesem Hintergrund erstaunt die Renaissance des Cannabis seit Beginn dieses Jahrtausends. Zwar hatte das Tetrahydrocannabinol (THC) – ein Bestandteil der Hanfpflanze, der je nach Hanfgewächs in unterschiedlicher Konzentration vorkommt – seine Popularität als bewusstseinsverändernde Droge über die Jahrtausende kaum eingeübt, doch kamen seine wachsende medizinische Beforschung und auch Legalisierung in manchen Staaten für

viele überraschend. Dabei hat Cannabis in der Behandlung von ansonsten unbeeinflussbaren Schmerzen insbesondere im Endstadium von Krebs, zur Erleichterung der Folgen schwerer neurologischer Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose) sowie in der Therapie von massiven Tic-Störungen durchaus seine Berechtigung.

Um im Fall dieser Erkrankungen sowohl die Versorgung mit qualitativ hochwertigem Cannabis sicherzustellen sowie Rechtssicherheit für die verschreibenden Ärzte zu schaffen, hat der Gesetzgeber mit dem „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ (BtMRÄndG) vom 06.03.2017 einen neuen rechtlichen Rahmen geschaffen. In den Paragraphen 31 des Fünften Sozialgesetzbuchs zur Gesetzlichen Krankenversicherung wurde folgender Absatz 6 eingefügt:

„Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn 1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im Einzel-



fall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann, [und] 2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.“

Mit dieser erstaunlich unscharfen Formulierung hat der Gesetzgeber eine grundsätzliche Verordnungsfähigkeit für Cannabis im Krankheitsfall einschließlich Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen geschaffen, ohne konkrete Krankheiten zu benennen. Allerdings darf Cannabis nur dann verordnet werden, wenn keine andere wirksame Standardtherapie verfügbar ist oder Wirkung und Nebenwirkung in einem am Wohl des Erkrankten orientierten sinnvollen Verhältnis stehen. Nicht zuletzt muss die Cannabis-Therapie erwarten lassen, dass sie positive Effekte auf den Krankheitsverlauf, zumindest aber die Kernsymptomatik hat.

Aus Sicht des ADHS Deutschland e.V. sind diese Kriterien für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) klar zu verneinen, da in ihrem Fall eine wirksame Standardtherapie besteht, die Nebenwirkungen des Cannabis auf die kognitive Leistungsfähigkeit in keinem gesunden Verhältnis zur Wirkung auf die Kernsymptomatik der ADHS stehen und daher im Allgemeinen nicht von einer „Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf“ ausgegangen werden kann. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass die Erkenntnisse jahrzehntelanger Forschung zu psychoaktiven Substanzen, u.a. dem Cannabis, klare Risiken des THC-Konsums aufgezeigt haben: Toleranz- und Suchtentwicklung, gesundheitsschädlicher und bisweilen gefährlicher Mischkonsum mit anderen Drogen (auch Alkohol und Nikotin), Auswirkungen auf die Hirnentwicklung sowie Beeinträchtigung der psychischen Stabilität bis hin zu psychotischen Reaktionen.

Als Selbsthilfverband geht es dem ADHS Deutschland e.V. nicht um eine Beschränkung der individuellen Bemühungen der Betroffenen, alle Optionen auszuschöpfen, von denen sie sich Linderung bei ihren Leiden erhoffen. Eine generelle Empfehlung des Einsatzes von Cannabis zur Behandlung der ADHS als Standardtherapie oder regelhafte Alternative zu anderen, bereits etablierten und wissenschaftlichen evaluierten Behandlungsformen kann jedoch nicht erfolgen. Hierfür sind die Risiken der Einnahme von Cannabis angesichts des bislang dürftigen Wirknachweises zu groß.

Vorstand und Beirat des ADHS Deutschland e. V.
Juli 2017

Der Beirat des ADHS Deutschland e. V. stellt sich vor

Wissenschaftlicher und therapeutisch-pädagogischer Beirat

Der ADHS Deutschland e. V. hat laut § 11 der Satzung einen wissenschaftlichen Beirat, der den Vorstand in wissenschaftlichen Fragen, insbesondere im medizinischen Bereich, aber auch in anderen Disziplinen berät und unterstützt.

In den letzten Jahren hat der Vorstand festgestellt, dass es neben den wissenschaftlichen Fragestellungen, die für unsere evidenzbasierten Positionen von besonderer Bedeutung sind, auch sehr viele Fragen gibt, die in die Kompetenz von erfahrenen Praktikern fallen.

Daher wurde die Satzung mit Beschluss der Mitgliederversammlung vom 22.03.2014 dahingehend erweitert, dass zusätzlich zum wissenschaftlichen Beirat ein therapeutisch-pädagogischer Beirat analog zu § 11 eingerichtet wurde. Wir stellen Ihnen nach und nach in unserer *neue AKZENTE* unseren wissenschaftlichen und therapeutisch-pädagogischen Beirat vor:

Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst

Ausbildung

Studium der Philosophie und Medizin an den Universitäten Freiburg im Breisgau, Manchester – UK, New York University, NY – USA, Zürich – Schweiz.

Weiterbildung in den Fächern Neurologie und Psychiatrie an den Universitäten Freiburg, Abteilung für Neurologie; Institute of Neurology, UCL-London, Department of Neuropsychiatry; Freiburg, Abteilung für Psychiatrie & Psychotherapie; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie



Position

Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; Stellvertretender Ärztlicher Direktor und Leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinik Freiburg; Leiter der Sektion für Experimentelle Neuropsychiatrie.

Spezielle klinische Interessen

- Neurobiologie und Psychotherapie der Entwicklungsstörungen: Autismus, ADHS und Tic-Störungen
- Neurobiologie und Therapie der organischen und schizophreniformen Störungen

Forschungsschwerpunkte

- Asperger-Syndrom und hochfunktionelle Varianten des Autismus
- Differentialdiagnose, Neurobiologie und differentielle Therapie der Entwicklungsstörungen (Autismus, ADHS, Tic-Störungen)
- Organische Differentialdiagnostik affektiver, psychotischer und schizophreniformer Syndrome
- Methodische Schwerpunkte: Hirnbildgebung, Neuroimmunologie, Sehforschung und visuelle Elektrophysiologie
- Theoretische Medizin und Philosophie: Psychobiologie von Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Verhalten; Freiheit; intentionale Struktur metakognitiver Prozesse

Akademische Arbeiten und Auszeichnungen

- **Stipendium des Cusanuswerks** (1989 – 1995)
- **Dissertation** an der psychiatrischen Klinik der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg zum Thema: »Neurobiologie und Psychologie der Depression« (1992-1995)
- **Stipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes** (DAAD) zum Studium an der Universität Manchester (1991–1992)

- **Forschungsstipendium der Wissenschaftlichen Gesellschaft der Universität Freiburg** (Studienaufenthalt am Institute of Neurology, Queen Square, UCL, London; 1997 –1998)
- **Forschungsstipendium des Raymond Way Neuropsychiatry Researchs Funds** (Post-Doc; Institute of Neurology, Queen Square, UCL, London; 1997–1998)
- **Gerok Stipendium der Universität Freiburg** (Aufbau des Labors für quantitative morphologische Hirnforschung an der Universitätsklinik Freiburg; 1998)
- **Preis der British Neuropsychiatric Association** (Februar 2000)
- **Wilhelm Griesinger Preis** der Berliner Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie (2002)
- **Habilitation** im Fach Psychiatrie und Psychotherapie zum Thema: »Untersuchungen zur pathophysiologischen Bedeutung der Amygdala und assoziierter frontobasaler Schleifensysteme bei impulsiven und emotional-instabilen Syndromen« (2004)
- **Berufung auf die Liste der Professur für Biologische Psychiatrie** (C3) der Humboldt-Universität Berlin (2004)
- **Ruf auf die C3-Professur auf Lebenszeit für Psychiatrie und Psychotherapie** an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (abgelehnt)
- **Ruf auf die Professur für Psychiatrie und Psychotherapie (W3, Ordinariat)** der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (abgelehnt)

Publikationen

Über 145 Publikationen in englischsprachigen Fachzeitschriften (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)

Über 35 Buchkapitel, Monographien und Herausgeberwerke. Diese finden Sie auf unserer Internetseite unter http://adhs-deutschland.de/desktopdefault.aspx/tabid-1125/1170_read-8790/

Eine Reise von tausend Meilen
beginnt mit dem ersten Schritt.

Laotse

Berlin, den 10. November 2017

Liebe Mitglieder,

hiermit laden wir Sie gem. § 8 der Vereinssatzung ein zur

ordentlichen Mitgliederversammlung des ADHS Deutschland e.V.

AZK Arbeitnehmer-Zentrum Königswinter
Johannes-Albers-Allee 3, 53639 Königswinter
am Samstag, dem 21. April 2018, um 16:00 Uhr,

Tagesordnung:

1. Begrüßung, Feststellung der form- und fristgerechten Einladung und Beschlussfähigkeit
2. Feststellung der Tagesordnung
3. Bericht des Vorstandes und der Geschäftsführung / Geschäftsbericht 2017
4. Bericht der Schatzmeisterin (Jahresabschluss 2017 / Haushaltsplan 2018)
- 4.1 Bericht der Kassenprüfer
- 4.2. Genehmigung des Kassenberichtes
5. Entlastung des Vorstandes
6. Wahl der Kassenprüfer
7. Verschiedenes

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme am Symposium, an der Mitgliederversammlung sowie den Fortbildungen für Gruppenleiter/innen. Informationen zum Symposium finden Sie auf dem dieser Zeitschrift beiliegenden Flyer. Sie können den Flyer auch auf dem Internet herunterladen oder in der Geschäftsstelle anfordern.

Gestalten Sie die Arbeit des Vereins durch Ihre wertvolle aktive Beteiligung und einen lebendigen Gedanken- und Erfahrungsaustausch auch künftig mit.

Wir freuen uns auf schöne Tage in Königswinter!

Herzliche Grüße



Für den Vorstand
Hartmut Gartzke

BERICHTE

2. ADHS-Tage Bruchsal/Hambrücken

„Leben mit ADHS/Autismus“, 27.–28. Mai 2017

Was wollen wir als Thema haben? Damit haben wir uns als Allererstes beschäftigt. Nach und nach kristallisierte sich heraus, dass Autismus momentan eine größere Rolle spielt. In unseren Gruppentreffen haben wir mittlerweile sogar einen Tisch eingerichtet, speziell für die Eltern mit



Autisten. Mischdiagnosen oder Erstdiagnose ADHS und dann auf einmal doch ein Autismus, kamen in letzter Zeit gehäuft vor. So haben wir uns für den Titel „Leben mit ADHS/Autismus“ für die 2. ADHS-Tage entschieden.

Nun ging es daran, die richtigen Referenten auszusuchen. Da wir beide (Kirsten Riedelbauch, Sabine Kolb) auf sehr vielen Symposien und Vorträgen unterwegs sind, haben wir uns schnell auf gute Referenten und Themen der einzelnen Vorträge einigen können. Kirsten schrieb dann die jeweiligen Referenten an und fast alle haben spontan und sofort zugesagt. Das hat uns sehr gefreut, denn Referenten wie Prof. Dr. Huss und Prof. Dr. Braus, um nur zwei zu nennen, sind nicht einfach zu bekommende Referenten.

Die Halle hatten wir schon im Voraus für dieses Datum gebucht. Im letzten Jahr vor der Veranstaltung begann dann die große Planung. Kirsten übernahm die Anträge und das Verhandeln mit den Referenten und alles was organisatorisch anfiel. Mein Part ist der im Hintergrund,

Flyer erstellen, Kostentabellen usw. Insgesamt haben wir für diese Veranstaltung 15.000 Flyer drucken lassen. Ich war total erschrocken, als auf einmal ein Lastwagen mit 9 Kartons à 31 kg vor meiner Haustür auftauchte. Davon gingen allein 5.000 nach Berlin zur Verteilung über die Mitgliederzeitschrift „*neue AKZENTE*“ des ADHS Deutschland e.V. Weitere 8.000 Flyer haben wir mit der Post in kleinen Happen an Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Fachzentren für ADHS in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz verschickt. Die Post hat sich gefreut. Wir haben uns von dieser Verteilung viele Anmeldungen erhofft. Leider führte das nicht zu dem gehofften Erfolg. Weitere Werbung machten wir auf verschiedenen Veranstaltungen, bei jeder uns bietenden Möglichkeit. Ein großes „Dankeschön“ geht an die AOK Mittlerer Oberrhein, denn ohne die großzügige Förderung wären die 2. ADHS Tage nicht möglich gewesen.

Für die 2. ADHS-Tage haben wir mit der Anmeldung einen neuen Schritt gewagt. Jeder der eine schriftliche Anmeldung zu uns geschickt und bezahlt hatte, bekam im Nachhinein einen Brief mit einer Eintrittskarte, seinem ausgesuchten Mittagessen und gegebenenfalls dem Gutschein für das Abendessen. Da haben wir viele Stunden seit November 2016 mit dem Eintragen von Namen, Essen, Jugendbetreuung, Kinderbetreuung, bezahlt usw. zugebracht. Unzählige Briefe haben wir zur Post getragen. Die Betreuungen der Kinder und Jugendlichen mussten organisiert werden. Wir haben inzwischen einen guten Stamm an Betreuern, viele haben in ihrem Berufsleben mit ADHS-Kindern zu tun. Für die Hauptorganisation konnten wir Alena Marsch, Krankenschwester und momentan Studentin auf Lehramt, gewinnen. Sie dachte sich mit Kirsten Riedelbauch die verschiedenen Programme für die jeweiligen Altersstufen aus. Wir haben angeboten: Kinderbetreuung von 6–10 Jahren, Jugendprogramm von 11–13 Jahren und ein Programm mit Workshops für „Junge Erwachsene“ von 14–21 Jahren. Da uns noch einige Betreuer fehlten, haben wir uns überlegt, woher wir die bekommen, vor allem welche, die sich mit dem Thema ADHS/Autismus beschäftigen. So sind wir auf die FH Heidelberg gekommen. Diese bietet verschiedene Studiengänge an,



deren Teilnehmer dann in ihrem Berufsleben auch mit Kindern, die ADHS haben, zu tun bekommen. In kürzester Zeit hatten wir die drei freien Betreuerplätze vergeben.

Eine weitere Neuerung der 2. ADHS-Tage war die Fachausstellung, die wir anbieten wollten. Wen oder was möchten wir gerne dabei haben? So kam auf unsere Einladung die Firma Protac mit der Kugeldecke und anderen Produkten. Die Praxis für Ergotherapie Rita Hassler und Renée Weil aus Karlsruhe kamen mit einem Neurofeedbackgerät zum Ausprobieren zu uns. Das Autismus-Zentrum Bruchsal mit beiden Leitern, Herrn Zimmermann und Frau Vocke, waren genauso dabei wie der Autismus Verein aus Karlsruhe. Nach längerer Suche haben wir es auch geschafft, eine Buchhändlerin zu uns zu bekommen. Mit vielen Fachbüchern rund um ADHS und Autismus war sie eine weitere Bereicherung der Ausstellung. Das ZI Mannheim war mit einem Tisch für die ESCA-Life-Studie vertreten. Und dann darf man natürlich nicht den ADHS Deutschland e. V. vergessen. Auch wir waren mit unserem großen Messestand und vielen Broschüren und Infomaterial vor Ort. RG-Leiterinnen aus Baden-Württemberg unterstützten uns an den beiden Tagen mit der Standbetreuung. Nochmal auf diesem Wege einen herzlichen Dank.

So ging Woche für Woche ins Land mit Vorbereitungen zu den großen Tagen.

Am Freitag, dem 26. Mai 2017, begann alles mit dem Aufbau. Ab 13 Uhr konnten wir mit zahlreichen Helfern aus unserer Elterngruppe (Danke an alle!!!) beginnen, die Halle zu bestuhlen und das Foyer für das Essen mit Tischen und Stühlen auszustatten. Einlass, Kasse, Infostand des ADHS Deutschland e. V. mussten aufgebaut werden. Die Vereine, die die Bewirtung übernahmen, kümmerten sich um ihren Bereich. Der Caterer kam etwas später und übernahm seinen Bereich. Die Kinder- und Jugendbetreuer kamen dann auch so nach und nach an. Diese schauten

sich ihre Räume an und beschnupperten sich gegenseitig. Was noch organisiert werden musste, wurde noch organisiert. Manche Aussteller kamen auch schon am Freitag in die Halle, um ihre Ausstellung vorzubereiten. Die Firmen Aliventa und Müller Sound aus Karlsdorf-Neuthardt kamen, um die gesamte Technik aufzubauen. Durch viele helfende Hände waren wir sehr schnell mit dem Ganzen durch und konnten uns dann am Abend mit den Betreuern, einigen Referenten, Ausstellern und RG Leitern zum gemütlichen Abendessen treffen.

Der Samstag begann recht früh. Um 7 Uhr war schon das gemeinsame Frühstück mit den Kinder-/Jugendbetreuern und einigen Referenten angesetzt. Dazu trafen wir uns in der ortsansässigen Unterkunft für den Betreuerstab und Referenten. Nach einigen noch ausgetauschten Infos und Daten zu gewissen Abläufen machten wir uns auf zu der Halle. Um 8 Uhr herrschte auch da schon reges Treiben. Der Förderverein der Pfarrer-Graf-Schule sowie der Freizeitclub Hambrücken waren schon mit vielen fleißigen Helfern vor Ort, um Kaffee zu kochen, Getränke zu kühlen und die kleinen Imbisse und das Kuchenbuffet aufzubauen. Da 2015 der Kuchen schon nach dem ersten Tag ausverkauft war und fleißige Kuchenbäckerinnen über Nacht neue backen mussten, haben wir in unserer Selbsthilfegruppe um Kuchenspenden gebeten. Und es wurden viele Kuchen von unseren Mitgliedern gespendet. Auch dafür ein herzliches Dankeschön.

Nachdem der Einlass und die Tageskasse besetzt waren, kamen auch schon die ersten Teilnehmer. Wer Kinder dabei hatte, übergab sie den jeweiligen Gruppenleitern. Die Teilnehmer des Symposiums mussten ihre Eintrittskarte vorzeigen und erhielten ein Einlassbändchen - auch eine Neuerung der 2. ADHS-Tage. So hatten wir eine bessere Kontrolle. Von der Fachausstellung waren alle begeistert und sie wurde sehr gut angenommen.



Mit einer Viertelstunde Verspätung eröffnete Thomas Ackermann, der Bürgermeister von Hambrücken und Schirmherr der Veranstaltung, die 2. ADHS-Tage. Für seine Eröffnungsrede hatte er sich sehr gut informiert und mit seinen Worten den Sinn der Veranstaltung erkannt: ADHS/Autismus nicht als anerzogene Krankheit in den Köpfen vieler Menschen zu sehen, sondern als Krankheit so wie sie sich darstellt; in all ihren Facetten. Wir bedanken uns herzlich für die tollen Worte bei Herrn Ackermann. Im Anschluss daran begrüßte Kirsten Riedelbauch die anwesenden knapp 300 Teilnehmer des Symposiums. In ihrer Ansprache erwähnte sie die einzelnen Vereine und den Metzgermeister Joachim Riedelbauch und sein Team, denn wie sie sagte, ohne diese würde die Veranstaltung gar nicht so machbar sein. Durch Ihre ehrenamtliche Tätigkeit sorgen sie für unser leibliches Wohl. Der Erlös aus dem Verkauf von Getränken und Imbiss, Kaffee und Kuchen, geht zugunsten der jeweiligen Vereine. Des Weiteren erklärte Kirsten Riedelbauch, dass die Kinder und Jugendlichen in der Mittagspause bitte von den Eltern abgeholt und betreut werden müssen, da auch das Betreuersteam eine Pause verdient hat. Als nächstes stellte Frau Dr. Myriam Bea, Geschäftsführerin des ADHS Deutschland e. V., unseren Verband vor. Frau Dr. Bea hatte hohen Besuch dabei: unser Maskottchen Diffy, das momentan auf einer Aufklärungsreise quer durch ganz Deutschland ist. Diese Aufklärungs-



kampagne hat eine eigene Facebook-Seite, wo Diffy alles Wissenswerte mitteilt und man sehen kann, wo es schon überall war. <https://de-de.facebook.com/DiffyAdhs/>

Frau Dr. Sarah Hohmann vom ZI Mannheim begann nun mit ihrem Vortrag zum Thema „ADHS-Diagnostik“.

Von den Anfängen der ADHS, wie die allseits bekannten Bücher von Heinrich Hoffmann „Hans Guck-in-die-Luft“ und der „Zappelphilipp“, kam sie zu den Kernsymptomen der ADHS – das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, die motorische Unruhe, die Impulsivität wurden intensiv von ihr vorgestellt und beleuchtet. Was benötigt man für eine fundierte Diagnosestellung? Diese Frage beantwortete sie im Anschluss an die Symptome. Anhand eines Fallbeispiels erklärte sie die Diagnosestellung.

Mit einem kurzen Verweis auf die ESCA-Life Studie und dem Infotisch des ZI Mannheim beendete Sie Ihren Vortrag. Alle anfallenden Fragen wurden im Anschluss von ihr noch beantwortet.



Nach einer kleinen Verschnaufpause ging es dann mit Dr. Fritz Jansen, Dipl. Psychologe und Lerntherapeut für Verhaltenstherapie, weiter. Sein Vortrag hatte den Titel „Gesetzmäßigkeiten, die unbedingt eingehalten werden müssen für eine erfolgreiche Therapie bei Kindern/Erwachsenen“. Die Gesetzmäßigkeiten, die eingehalten werden müssen, hat Dr. Jansen in zwei Blöcke eingeteilt; der erste: „Berücksichtigung der Automatisierung“. Ziel einer jeden Therapie oder eines Trainings muss deshalb sein, die Informationsverarbeitung für die wichtigsten Verhaltensweisen des Lebens unbewusst ablaufen zu lassen. Der Fachbegriff hierfür lautet Automatisierung bzw. Automatisierung von Verhalten. Das Verhalten muss häufig geübt werden. Auf einen Reiz muss immer das gleiche Verhalten folgen.

Zweiter Block ist „Berücksichtigung emotionaler Blockierungen“. Wenn es um ungünstiges Verhalten geht, spielen emotionale Blockierungen häufig eine große Rolle. Beispiel: Menschen räumen nicht auf, verschieben die Steuererklärung usw. Bei so einer Problemlage gibt es keine positive Lösung, wenn immer Vermeidung stattfindet. Die Gesetzmäßigkeit die berücksichtigt werden muss, heißt: In die Situation hineingehen - ohne Vermeidung. (Quelle: Dr. Fritz Jansen, Vortrag 2. ADHS-Tage Bruchsal/Hambrücken, Homepage www.adhs-elterngruppe-hambruecken.simigos.com)

Während dieses Vortrags mussten wir leider die Halle verlassen. Eine Reporterin der BNN „Bruchsaler Nachrichten“ wollte mit uns ein Interview zu der Veranstaltung führen. Dieses dauerte leider länger als vermutet und so haben wir persönlich nicht viel vom Vortrag von Dr. Fritz Jansen mitbekommen. Aber die vielen Fragen, die am Ende an ihn gestellt wurden, zeigten das große Interesse an seinem Vortrag.

Nach dem Vortrag folgte die Mittagspause; Gelegenheit, das im Vorhinein reservierte Mittagessen abzuholen und zu genießen. Angeboten wurden vom Metzgermeister Joachim Riedelbauch Käsespätzle, Grillbraten oder Wellfleisch mit frischem Salat. Getränke wurden von den Vereinen im Foyer der Halle verkauft. Viele Gespräche konnten wir in dieser Zeit führen, ob mit den Ausstellern, den Betreuern der Kinder und Jugendlichen oder auch mit Zuhörern und Referenten. Wir hörten nur Positives und wurden durchweg gelobt für den Ablauf der Veranstaltung.

Die Ausstellung wurde sehr gut angenommen, am Büchertisch oder auch bei den Infoständen sowie bei dem Stand Protac war immer viel los. Auch der Stand des ADHS Deutschland e.V. wurde gut besucht. Wir hatten von einigen RG-Leitern aus Baden-Württemberg, die auf der Veranstaltung waren, gute Unterstützung bei der Be-

treuung des Standes. Die Broschüren unseres Vereins wurden sehr gut angenommen.

Gut erholt und frisch ging es dann um 14.15 Uhr in die zweite Runde der Vorträge. Den Anfang nach der Mittagspause machte Prof. Dr. Michael Huss aus Mainz, Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik an der Rheinessen-Fachklinik in Mainz. Thema seines Vortrages war „Wirksame Therapien bei ADHS“.

Der Weg ist schwierig in der Behandlung einer ADHS. Was wirkt und was wirkt nicht? Das ist eine gute Frage und es wird in diesem Bereich reichlich geforscht. Erst einmal ist abzuklären, ob eine Komorbidität vorliegt und ob es eine therapeutische Option gibt. Prof. Dr. Huss ging in seinem Vortrag auf alle bekannten Therapien ein, darunter Neurofeedback, Omega-3 Fettsäuren, Modelllernen, Medikation. Zur Sprache kamen sowohl die Therapie bei Kindern und Jugendlichen, aber auch die Therapie bei Erwachsenen, vor allem mit den Medikamenten. Zum Ende seines interessanten Vortrages führte er noch aus, welche Folgen die Nichtbehandlung einer ADHS haben könnte.

Viele Fragen wurden im Anschluss an seinem Vortrag an ihn gestellt, die er alle gerne beantwortete. Nach der Verabschiedung durch Kirsten Riedelbauch bekam er wie alle Referenten ein kleines Präsent als Dank für seinen Vortrag bei den 2. ADHS-Tagen. Auch während der anschließenden Kaffeepause stand Prof. Dr. Huss noch in der Halle vielen Zuhörern für Fragen zur Verfügung.



Eine halbe Stunde später begann der mit Spannung erwartete Auftritt von Dr. Peter Schmidt, einem Autisten aus Gadenstedt, der uns aber noch nicht persönlich bekannt war. Durch seine Referenzen sowohl in der Presse als auch aus dem Internet versprach es ein sehr humorvoller Auftritt zu werden. Gleich vorneweg: Das wurde er auch. Das Thema seines Vortrags war: „Autismus – Innenansichten aus der Schulzeit und Arbeit“.

Dr. Peter Schmidt ist Autor, Geophysiker, IT-Experte und Autist. Auf seiner Internetseite www.dr-peter-schmidt.de kann man mehr über ihn erfahren. Er gewährte uns in seinem Vortrag einen Einblick in seine Gefühlswelt. Seine Wahrnehmung analysiert und reflektiert er, erklärt anschaulich, wie er die Umgebung wahrnimmt. Wie erging es ihm in seiner Kindheit und in seiner Jugend, bis hin zu seinem beruflichen Werdegang, an dem er uns in seinem Vortrag teilhaben ließ. Ein bisschen anstrengend war es für mich ihm zeitweise zu folgen, da er während des Vortrages auf und ab, hin und her auf der Bühne wandelte. Trotzdem war es meiner Meinung nach ein sehr humorvoller, aber auch interessanter Vortrag. Wann bekommt man schon mal



die Möglichkeit zu hören, wie es einem Autisten geht. Er konnte es sehr gut beschreiben, sodass man einen Einblick in die Welt des Autismus bekam. Durchweg wurde sein Vortrag im Nachhinein am meisten gelobt. Sowohl in unserem Gruppentreffen, das im Juni nach der Veranstaltung stattfand, als auch in den Resonanzen auf die Veranstaltung kam oft der Name Dr. Peter Schmidt vor.

Mit diesem Vortrag endete offiziell der erste Tag der 2. ADHS-Tage Bruchsal/Hambrücken. Wir hatten in der Anmeldung auch eine Option zum gemeinsamen Abendessen in einem Restaurant in Bruchsal, zusammen mit uns und den noch anwesenden Referenten. Dazu hatten sich knapp 70 Erwachsene und 20 Kinder/Jugendliche angemeldet.

Während des Abends sprachen Kirsten Riedelbauch und ich mit der leitenden Jugendbetreuerin über das Programm „Junge Erwachsene“ und wie der Vortrag angenommen wurde. Da stellte sich heraus, dass viele der anwesenden jungen Erwachsenen Fragen haben zu der Medikation und was ADHS ist. Sie konnte nicht alle Fragen beantworten und zusammen planten wir eine kleine Änderung für



den nächsten Tag. Wir haben mit unserem einheimischen Kinderarzt Dr. Bernhard Zehe einen Fachmann in Hinsicht auf ADHS und auch der Medikation, sodass wir ihn gebeten haben, ob er am Sonntag nach dem zweiten Workshop in die Gruppe gehen könnte, um den jungen Erwachsenen ihre Fragen zu beantworten. Das fand er toll und stellte sich gleich zur Verfügung. Es war ein schöner entspannter Abend, an dem viele nette Gespräche geführt wurden und der Tag schön ausgeklungen ist.

Am Sonntag begann der Tag für uns wieder mit einem gemeinsamen Frühstück mit den Kinder- und Jugendbetreuern sowie allen noch anwesenden Referenten. Dort haben wir noch einige Dinge besprochen, bevor wir gegen halb 9 Uhr in die Halle aufgebrochen sind.

Dort standen schon die ersten Helfer wieder hinter der Theke. Die meisten Stände in der Fachausstellung waren auch schon besetzt. Um 9.30 Uhr begann der zweite Tag der 2. ADHS-Tage Bruchsal/Hambüchle mit einer kurzen Begrüßung durch Kirsten Riedelbauch. Sie stellte den ersten Vortragsredner an diesem Tag, Prof. Dr. med. Dieter Braus aus Wiesbaden vor. Er hatte auch Samstag am späten Nachmittag den Workshop bei den „Jungen Erwachsenen“ zum Thema „Fit ohne Sprit und Drogen – Was passiert im Gehirn durch Alkohol, Hasch oder Speed?“ gehalten. Thema des Vortrages „Vom Steinzeitmenschen zum Smartphone-User - Mensch-Entwicklung-Medien-Seelischer Gesundheit“. Nachdem ich den Titel dieses Vortrages nun endlich verstanden hatte, freute ich mich auf den Vortrag. Prof. Dr. Braus begann mit der Entwicklung des Menschen in den letzten 5.000 Jahren - vom Allrounder zum Spezialisten. Wie hat sich der Mensch in den Jahren entwickelt? Das Gehirn sowie das Leben an sich. Die Entwicklung



hin zur technologisch abhängigen Menschheit. Aus vielen Bereichen sind Computer nicht mehr wegzudenken. Laut einer Statistik aus dem Jahre 2017 haben schon 6 % der 6- bis 7-jährigen Kinder und 18 % der 8- bis 9-jährigen ein Smartphone. Bei den Jugendlichen ab 12 - 13 Jahren liegen die Prozentzahlen schon weit über 80 %. Das Handy wird schon lange nicht mehr nur zum Telefonieren genutzt. Es ist die Kommunikationsbasis der Kinder und Jugendlichen.

Aber digitale Medien sind auch nicht aus dem Lernalltag auszusperren. Chancen der digitalen Medien liegen bei Steigerung der Interaktivität, Berücksichtigung von Heterogenität (Verschiedenheit) oder individueller Vertiefung von Inhalten. Das setzt aber auch die Medienkompetenz der Ausbilder voraus. Ein gutes Schulbuch macht noch keinen guten Unterricht, ein digitaler Medienpark mit WLAN, Tablet für jeden, interaktive Whiteboards, aber auch nicht. Das Zauberwort heißt: Medienkompetenz. Medienkompetenz sollte sich an den kindlichen Entwicklungsphasen orientieren und nicht erst an der Grenze zur Sucht ansetzen, sondern bereits auf die Vermeidung zeitlich, inhaltlich und problematischer Nutzung abzielen. Für jüngere Kinder erscheinen Maßnahmen geeignet, die direkt am Kind oder an der Vermittlung elterlicher Erziehungskompetenzen ansetzen und auf eine Reduktion von Medienausstattungsquoten im Kinderzimmer sowie von Nutzungszeiten abzielen. Laut Prof. Dr. Braus soll man im Alter von 12 Jahren nicht mehr als 2 Stunden Medienkonsum in der Freizeit haben. Entweder jeden Tag 2 Stunden oder am Wochenende dann halt 2x7 Stunden (dazu gibt es zahlreiche Studien). Zeiten, die man für die Schule am PC sitzt, zählen nicht dazu. Wenn man jünger ist, soll man noch weniger Medienkonsum haben.

Prof. Dr. Braus stand im Anschluss an seinem Vortrag noch für Fragen zur Verfügung.

Nach einer Pause ging es in den letzten Vortrag. Diesen hielt der Würzburger Universitätsprofessor i. R., Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Andreas Warnke. Er referierte zum Thema „Autismus-Spektrum-Störung, ADHS und das Wohl der Familie“. Anhand der Kernsymptomatik von ADHS zeigte Prof. Dr. Warnke die verschiedenen Entwicklungsverläufe bei den ADHS-Symptomen auf. Vom Kleinkind bis hin zum Jugendlichen. Das Gleiche zeigte er auch mit den Autismus-Kernsymptomatiken. In seinem Vortrag zeigte er die Gemeinsamkeiten der ADHS und des Autismus auf. Sehr oft wird ein gemeinsames Auftreten der ASS-Symptome in Familien mit ADHS beobachtet. Laut Prof. Warnke 30 % (- 80 %) ASS haben ein komorbides ADHS. Im Vortrag zeigte er die Unterschiede zwischen ADHS und ASS auf. Wie verhält sich ein ADHS-Kind und wie verhält sich ein Autist in der Schule oder unter



Gleichaltrigen? Genauso ging er auf die Problematik im häuslichen Umfeld ein. Welche Lösungen kann es geben? Zum Beispiel die Unterstützung in der Schule durch einen Schulbegleiter - leider bisher kaum für ADHS-Kinder zu bekommen. Autisten bekommen diese Unterstützung eher. Inklusion, Genetik und die Behandlung

von Autismus, Erbllichkeit und die Familiensituation waren die weiteren Punkte seines Vortrages. Im Anschluss an seinen sehr informativen Vortrag stand Prof. Dr. Warnke noch für Fragen zur Verfügung. Frau Dr. Bea ergriff im Anschluss daran nochmal das Wort, um ihm persönlich für seine Unterstützung und sein Engagement im Bereich ADHS und Autismus zu danken. Sie führte aus, was Prof. Warnke alles in beruflicher Hinsicht für die Menschen mit ADHS erreicht hat. Ohne seine Unterstützung würde es auch keinen ADHS Deutschland e.V. geben.

Zum Ende der 2. ADHS-Tage haben wir dann noch allen anwesenden Helfern und Helferinnen einen kleinen persönlichen Dank auf der Bühne überreicht. Wir wollten, dass auch ihre Hilfe und Unterstützung gewürdigt wird. Auf die Bühne gerufen haben wir dann noch das Kinder- und Jugendbetreuerteam, um uns bei ihnen zu bedanken. Mit dem Termin für die 3. ADHS Tage (30./31.03.2019) haben wir uns von den anwesenden Zuhörern verabschiedet.

Im Anschluss daran haben wir innerhalb von 1 ½ Stunden die Halle besenrein verlassen. Das war auch nur mit der Unterstützung unserer vielen Helfer zu erreichen.

AUTORIN | Sabine Kolb, Gruppenleiterin ADHS Elterngruppe RG Bruchsal/Hambrücken des ADHS Deutschland e. V.

Hambrücken 2.0

Am letzten Maiwochenende wurden zum zweiten Mal die ADHS-Tage in Hambrücken ausgerichtet. Das Thema der Veranstaltung war „Leben mit ADHS/ Autismus“.

Unter den zahlreichen Gästen, die für das Symposium anreisten, waren auch 11 Betreuer, die extra für die parallel stattfindende Kinder- und Jugendveranstaltung nach Hambrücken reisten.

62 Kinder und Jugendliche wurden auf drei Gruppen aufgeteilt, welche jeweils ein eigenständiges Programm durchführten. Die Kleinsten (6- bis 10-Jährigen) hatten bei Basteln, Turnen, Entspannen und Psychomotorik viel Spaß, sodass die Tage viel zu schnell vergingen. Bei den 11- bis 13-Jährigen war das Motto „Kreative Köpfe und flinke Beine gesucht“. Diese Gruppe hat bei bestem Wetter viele spannende Aktivitäten im Freien gemacht und am Samstag im Keramikstudio getöpft. In der Jugendgruppe (14+) ging es etwas ruhiger zu. Natürlich gab es bei den „Großen“ auch (Fußball-)Spiele, aber es stellte sich am Samstag schnell heraus, dass die Mehrheit gerne mehr über ADHS erfahren möchte, so dass Gesprächsrunden zum Austausch untereinander in den Vordergrund rückten. Passend zu dem Wunsch der Jugendlichen waren für das Wochenende zwei Vorträge geplant.

Der erste Vortrag von Prof. Dr. med. Dieter F. Braus (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Wiesbaden) zum Thema „Fit ohne Sprit und Drogen – Was passiert im Gehirn durch Alkohol, Hasch oder Speed?“ stand am Samstagnachmittag auf dem Plan. Der zweite Vortrag startete direkt Sonntagmorgen: „Gesetzmäßigkeiten, die unbedingt eingehalten werden müssen für eine erfolgreiche Therapie bei Kindern/ Erwachsenen“ von Dr. Fritz Jansen (Dipl.-Psychologe, Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie in München/Kiel). Zum Abschluss am Sonntag ist Dr. Bernhard Zehe (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Bruchsal), dem größten Wunsch der Gruppe nachgekommen und hat mit ihnen über die Medikation bei ADHS gesprochen, so dass viele Fragen und Unsicherheiten besprochen wurden und im Anschluss alle zufrieden die Rückreise antreten konnten.

Ich bedanke mich bei allen Teilnehmern, für eure Motivation und Aufgeschlossenheit, bei allen Betreuern für euer hervorragendes Engagement, bei allen Dozenten, die den Jugendlichen mit Rat und Tat zur Seite standen und bei dem Veranstaltungskomitee für so eine großartige Veranstaltung! Danke!

AUTORIN | Alena Marsch, Leitung Kinder- und Jugendveranstaltung

Bewegte ADHS-Tage mit Psychomotorik und Entspannung

Wir haben uns im Team aufgewärmt, in Gruppen- und Teamspielen gegeneinander gewonnen bzw. verloren (z.B. beim Balltreiben oder beim Ballspiel „Halte den Platz frei“). Zusammen haben wir einen Spielplatz mit dem Schwerpunkt Ball gebaut. Die Kinder waren hierbei kreativ und haben ihre Spielstationen selbständig gebaut.

Beim Ringel-Rangel-Raufen ging es darum, den anderen mit Kraft und Strategie zu besiegen, ohne ihn zu verletzen. Wichtig dabei war, die besprochenen Regeln einzuhalten und auf das „STOP“ zu hören.

Beim Brückenbauen war die ganze Gruppe gefragt. Es sollte eine Brücke über das „Meer“ gebaut werden, ohne dabei ins Wasser zu fallen. Jeder musste helfen und seine Ideen einbringen mit all den Geräten, die zur Verfügung standen.

Es war das Miteinander gefragt, dem anderen zu helfen, sich im Sozialverhalten zu schulen und dabei Spaß in der Bewegung zu haben. Durchgeführt wurde dies in der Turnhalle in Hambrücken. Alter der Kinder 6 bis 10 Jahre.

AUTORIN | Brigitte Krämer, Erzieherin/Psychomotorikerin

Auch die physische und psychische Entspannung sollte an diesem Wochenende für die 6- bis 10-jährigen Kinder nicht zu kurz kommen. Es war uns ein wichtiges Anliegen, den Kindern einfache und alltagspraktische Entspannungsübungen an die Hand zu geben.

Anhand von Paarübungen, wie z.B. der Bierdeckelübung, bei der sich die Kinder gegenseitig Bierdeckel auf den Körper legten, wurde die taktile Wahrnehmung sensibilisiert.

Ein besonderes Highlight war sicherlich das Kennenlernen von Klangschalen. Nicht nur den Klang zu hören faszinierte die Kinder, sondern auch den Klang am eigenen Kleib zu spüren und zu sehen.

Beim Ufo-Transport (weitergeben eines Tischtennisballes von CD zu CD) war wieder Teamarbeit gefragt. Dieses Gedulds- und Geschicklichkeitsspiel war nur ZUSAMMEN zu schaffen.



Jeder für sich kam jedoch auch zum Zuge, beim Beobachten der Seifenblasen, der Fingermassage mit Zaubertröpfchen oder den eutonischen Übungen, bei denen immer nur 1 Körperteil bewegt werden durfte. Der Schütteltanz und auch die „Denkmütze“ (Ohrenmassage) aus dem Bereich der Kinesiologie brachte den Kindern erhöhte Konzentration und geistige Aufmerksamkeit. So konnten wir alle geistig fit und dennoch körperlich entspannt den Tag weiter genießen.

AUTORIN | Manuela Scherb, Entspannungspädagogin/Erzieherin

Kinderprogramm von 6–10 Jahren

Die 2. ADHS-Tage in Hambrücken fanden statt und wir begrüßten bei herrlichem Wetter die Kinder im Alter von 6–10 Jahren. Bei Sonnenschein stand fest – die Kids wollen raus. Also bereiteten wir eine Olympiade mit 6 verschiedenen Stationen vor, an denen sich die Kinder erproben durften. Folgende Disziplinen mussten von den Kindern bewältigt werden: Seilspringen, Kegeln, Weitsprung, Zeitungswettlauf, Luftballonslalom und ein Wasser-Hindernisparcours.

Die Kinder waren mit Begeisterung dabei und haben die Olympiade mit Bravour gemeistert.

Nach dem sportlichen Programm machten wir einen Spaziergang zum nahegelegenen Walderholungspark. Auf dem Weg dorthin kam uns eine Ziegenherde entgegen, die einen neuen Wiesenplatz bezog. Im Tierpark angekommen beobachteten wir viele verschiedene Tiere, wie Schweine, Hasen, Ziegen, Hirsche, die Esel mit ihren zwei Eselkindern und die Alpakas. Ganz fasziniert waren die Kinder von den Streifenhörnchen, die ihre Kletterkünste unter Beweis stellten.

Bevor wir uns wieder auf den Heimweg machten, kehrten wir noch auf dem benachbarten Spielplatz ein, der einiges zu bieten hatte. Dort hatten die Kinder noch Zeit sich zu vergnügen und auszutoben.

Und dann neigte sich ein schöner und abwechslungsreicher Tag auch schon dem Ende zu und ein wenig erschöpft durften die Kinder wieder zu ihren Eltern.

Auch den zweiten Tag begannen wir mit Sonnenschein.



Die Kinder durften ihr Tagesprogramm mitentscheiden. Und bei dem Wetter waren sie sich auch schnell einig – ein Spielplatz sollte es sein.

Damit es jedoch nicht langweilig wurde und Hambrücken einige Spielplätze zu bieten hatte, suchten wir uns einen anderen als am Vortag aus. Dort gab es für die Kinder auch viel zu entdecken. Es wurde gemeinsam gerutscht, geschaukelt, Fußball gespielt, den Tunnel als Versteck und Rückzugsmöglichkeit genutzt oder zusammen Seilbahn gefahren. Das Highlight für die Kinder war jedoch die Kletterpyramide, die einen hervorragenden Überblick über den gesamten Spielplatz bot.

Die Kinder hatten viel Spaß und es war schön zu sehen, wie sie gemeinsam spielten oder im Sand Löcher buddelten, um ihre Füße zu kühlen. Manche genossen es jedoch auch, sich in der Vogelneuschaukel Ruhe zu gönnen oder sich beim Obstessen eine Auszeit zu nehmen.

Bevor wir uns wieder zurück zur Halle begaben, spielten wir alle zusammen noch eine Runde „Rate, rate, was ist das“, welches nicht für alle ein bekanntes Spiel war. Spaß hat es auf alle Fälle jedem gemacht!

Wir bedanken uns bei den Kindern, mit denen wir zwei wirklich schöne Tage erleben durften. Auch uns hat es mal wieder viel Spaß gemacht!

AUTORIN | Tanja Knaus, Erzieherin

Jugendprogramm für 11–13-Jährige

Die Gruppe der 11–13-jährigen Kinder bestand dieses Jahr aus 16 Kindern. Während der Vorträge wurde für die Kinder ein buntes Programm angeboten. Am Samstag wurden zum ersten Kennenlernen viele Gemeinschafts- und Gruppenspiele gespielt, mit denen die Kinder die Betreuer und sich gegenseitig kennenlernen konnten. Am Nachmittag durften die Kinder bei einer heimischen Künstlerin ihre Töpferkünste unter Beweis stellen und fertigten Tee-lichthäuschen. Danach konnte die Gruppe das Programm selbst mitgestalten. Neben sportlicher Betätigung auf dem Pausenhof wollten auch viele Kinder basteln oder Mandalas ausmalen.

Das Wetter hat es sehr gut gemeint an diesem Wochenende, so konnte sich die Gruppe auch am Sonntag wieder weitestgehend draußen aufhalten. In der Morgenfrische, welche zwar nicht lange vorhanden war, besuchten wir den Vogelpark von Hambrücken. Im Schatten konnte man viele verschiedene Tiere beobachten. Erschöpft wieder zurück,



wollten viele Kinder ihre angefangenen Bastelarbeiten zu Ende bringen. Einige wenige hatten aber noch genug Energie, eine Wasserschlacht zu machen.

Wir als Betreuer können sagen, dass es uns, auch wenn wir nach dem Wochenende geschafft waren, sehr viel Spaß bereitet hat. Wir hoffen, es hat den Kindern auch viel Spaß gemacht und wir würden uns freuen, die ganze Gruppe bei der nächsten Veranstaltung wieder in Empfang nehmen zu dürfen, um zwei schöne Tage mit ihnen zu verbringen.

AUTORIN | Lena, Corinna und Jonathan

P T K – pkptk-ptk- ptkptkptk-pppppp- pptttttttttkkkkkkk- kkkk – la le li lo lu lä lö lü – ritsche ratsche – alles klar?!

Heute schon richtig geatmet? Nein? Dann wird es höchste Zeit, also die Lippen geschürzt und los geht es: P – T – K, NEIN, nicht Peee, Teee, Kaaa, sondern so wie es (hoffentlich alle) Erstklässler lernen: p-t-k. Der Laut soll schön isoliert klingen.

Wussten Sie eigentlich, dass es Menschen gibt, die beim Hochheben von schweren Dingen tatsächlich ausatmen? Ist das nicht schier unglaublich? Na los, gehen Sie schon los und checken Sie, wie Sie es machen – ich warte hier so lange... dumdidum...

UND?

Wie machen Sie es? Das Gros der Leute scheint diese Variante zu wählen, gehören Sie dazu? Mir kommt es spanisch, komisch, unlogisch, einfach falsch vor und ich bin nicht ganz alleine mit dieser Ansicht, bzw. diesem Handicap. Aber um ehrlich zu sein, die erste Variante ist die richtige. Herzlichen Glückwunsch, wenn Sie so atmen! Dann haben Sie schon die halbe Miete gewonnen.

„Was soll das denn?“, mag der eine oder andere Leser jetzt denken.

Ganz einfach: Es wurde sich wieder einmal getroffen und zwar zum Landesgruppentreffen, bzw. zu der Regionalgruppenleiter-Fortbildung des ADHS Deutschland e.V. Angereist kamen willige und freudig erwartende Mitglieder der Bundesländer Niedersachsen, Bremen, Berlin, Hamburg und Schleswig-Holstein. Getagt wurde vom 8. bis 10. September 2017. Das Lutherheim in Springe war erneut der Ort der Wahl und ließ abermals kaum Wünsche offen.



Damit der geneigte Leser erfährt, was er unwiederbringlich, evtl. sogar mutwillig verpasst hat, hier ein klitzekleiner Überblick über das genannte Wochenende.

Auch in diesem Jahr hieß es Vorträge adieu, bonjour Workshops. Nach dem gemeinsamen Abendessen am Freitag, trafen wir uns zu einer kurzen Blitz*wer-bin-ich-wie-

geht-es-mir-was-möchte/erwarte/wünsche-ich-(mir)hier-was-gibt-es-Neues-*runde. Im Anschluss daran schloss sich der stets ohrenbetäubende Plauschteil und Ausklang des Abends an.

Am Samstag ging es dann volle Möhre los. Es standen vier Veranstaltungen zur Wahl, für die wir uns vorher entschieden und angemeldet hatten. Diese waren jeweils halbtags, gewechselt wurde zum Nachmittag. Somit konnte sich jede/r zwei hervorragende Workshops aussuchen, entweder zum Lernen und/oder zum Entspannen und Kraft tanken.

Folgendes Programm wurde angeboten:

Workshop Achtsamkeit, Dana Wilhelm (Bad Bramstedt)

Workshop ADHS-Therapien – Ein Einblick, Anika Heck (Braunschweig)

Workshop Atemtechniken, Dieter Gebel (Berlin)

Workshop Qigong, Gisela Tampe (Niebüll)

Man soll es kaum glauben, aber beim Abendbrot wussten wir, was wir den ganzen Tag über getan hatten. Man wird schließlich auch nicht jünger. Abends begann dann wieder der Survival-Teil im Keller, wo die Akustik so unglaublich gut ist, dass ein/e "fastjede/r" gleich noch einmal, ne Schippe an eigenem Stimmenvolumen mit drauflegte – das muss ja schließlich ausgenutzt werden. Aber: Nur die Harten kommen in den Garten!



Und schwuuuuupppps ... war schon wieder Sonntag :-(. Nach dem wohlverdienten Frühstücks-Ei, ging es in die Reflexions-Runde. Im vertrauten Stuhlkreis begann der Erfahrungsaustausch der Gruppenleiter/-innen und Referenten.

Themen aus den Gruppen waren u.a.:

regelmäßig auftretende Fragen zur Medikation, die fehlenden Ressourcen in der Diagnose und Behandlung, vor allem im ländlichen Raum, dass die Diagnosen nicht überall gleichgeartet sind, sowie, dass der Austausch in der Gruppe an erster Stelle steht.

Zudem wurde häufig die unregelmäßige Teilnahme an den Treffen genannt, bzw. der Fakt, dass manche nur einmal kommen, Infos auf-/mitnehmen und dann nie wieder auftauchen. Des Weiteren gab es Anregungen und Tipps zur Leitung der Gruppen, z.B. wie man Endlosredner im Zaum hält, bzw. die Sprechzeiten und die Gesamtzeit der Gruppenabende allgemein.

Ganz wichtig ist die Werbung für den Verband und ebenso ist die Mitgliederwerbung erforderlich und substantiell!

Zwischendurch fand die Versammlung der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen statt, in der die Landesgruppenleitung und Stellvertretung neu zu wählen war. Margit Tütje-Schlicker wurde einstimmig zur LG-Leiterin gewählt. Als Stellvertreter wurde ihre (wie wir erfuhren) nicht-bessere Hälfte Walter Schlicker gewählt. Beide dürfen jetzt wieder für die nächsten 3 Jahre wirken, wenn die Bestätigung durch den Bundesverband erfolgt ist.

Später wurde über die Gestaltung der nächsten Fortbildung in Springe gebrainstormt und per Kartenabfrage weiter vertieft. Nach der Auswertung dieser Karten, werden die Wünsche und Anregungen in die Planung für Springe 3.0 im Jahr 2018 einfließen. Nach dem Mittagessen hieß es daraufhin Abschied nehmen, time flies, when you're having fun. Fröhlich und mit erweitertem Horizont, machten sich dann alle gen Heimat auf – mit Vorfreude auf das nächste Jahr in Springe.

Apropos Horizont: Sollten Fragen bezüglich Ihrer Atmung auftauchen, sprechen Sie bei Bedarf einfach unser geschultes Atemfachpersonal des ADHS Deutschland e.V. an. Ich sag nur ritsche-ratsche!

AUTOREN | Eine Bundesländerübergreifende-Gemeinschaftsarbeit von W. S. und Y. L

17. Aktionstag der Selbsthilfegruppen im Schwalm-Eder-Kreis



Am 24. September 2017 fand in Fritzlar der jährlich stattfindende Selbsthilfetag der Selbsthilfegruppen des Schwalm-Eder-Kreises statt.

In Zusammenarbeit mit der Kontaktstelle (KISS), der Selbsthilfegruppen des Landkreises stellten ca. 15 Gruppen ihre Arbeit im Kulturzentrum Hardeshäuser Hof vor und boten Information und Beratung an. Bereichert wurde die Veranstaltung durch einen Gottesdienst, der das Programm eröffnete. Ein Musikorchester sorgte für eine vertraute Atmosphäre. Weiterhin gab es verschiedene Vorträge zu gesundheitlichen Themen. Hierbei war für mich der Vortrag zu „Medikamente im Überblick“ sehr informativ.

Die Therapiehundestaffel des Roten Kreuzes Schwalm-Eder gab Einblicke in ihre Arbeit. Mit einigen Hunden wurden unterschiedliche Praxiseinheiten gezeigt. Es wurde deutlich, dass man mit dieser Arbeit viel Spaß und Freude in den Alltag bringt, aber auch, wie professionell die Ausbildungen stattfinden müssen, um sowohl der Klientel, als auch den vierbeinigen Co-Therapeuten gerecht zu werden.

AUTORIN | Dipl.-Des. Astrid Bojko-Mühr

Jahresbericht 2016

Arbeitskreis ADS/ ADHS der IG Eltern Ingolstadt

Stationen:

25.01.2016 – Das Gesundheitsamt der Stadt Ingolstadt lud ein zum Selbsthilfegruppentreffen – gelungener Abend zum Austausch zwischen den Selbsthilfegruppen der Stadt Ingolstadt, z.B. durch Kontakt zur Selbsthilfegruppe Autismus, Drogen etc. Die Selbsthilfekoordinationsstelle der Stadt Ingolstadt informierte über verschiedene Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung für Selbsthilfegruppen, Workshops, Beratung usw.

12.05.2016 – Teilnahme am Vortrag von Dr. Hansch zum Thema ADHS im Erwachsenenalter im Rahmen einer Vortragsreihe des Klinikums Ingolstadt.

02.07.2016 – Informationsstand zum Thema ADHS anlässlich des jährlich stattfindenden Gesundheitstages der Stadt Ingolstadt. Vorstellung der Selbsthilfegruppe „Arbeitskreis ADS/ADHS“, Bücherausstellung, Verteilen von Informationsbroschüren, Gespräche mit Interessierten und Kontakt zu örtlichen Therapeuten

September 2016 – Thementisch zum Thema ADHS/ADS in den Räumen der Stadtbücherei Ingolstadt. Für 4 Wochen wurde ein Thementisch ADHS gestaltet. Die Bücherei stellte eine Bücherauswahl zum Thema vor und der Arbeitskreis ergänzte mit Informationsflyern rund um das Thema ADHS und um die Selbsthilfe zum Thema.

19.10.2016 – Berta Bleicher nahm am Arbeitskreis für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Landkreises Eichstätt teil.

09.11.2016 – Vortrag von Dr. Johanna Krause zum Thema ADHS im Erwachsenenalter – Diagnose und Therapiemöglichkeit.

12.–13.11.2016 – Iris Fuchs besuchte die Fortbildungsveranstaltung des ADHS Deutschland e. V. in Hirschaid.

Bei den monatlichen Gesprächsabenden verzeichnen wir weiter ansteigende Besucherzahlen. Die Zusammensetzung

an den Abenden hat sich verändert - es kommen deutlich mehr Erwachsene, die selbst betroffen sind. Vermutlich trägt der Vortrag von Frau Dr. Krause weiter dazu bei. Oft wird deutlich, wie gut die „Gemischte“-Gruppe für alle Beteiligten ist. Eltern können viel mitnehmen an Informationen von den erwachsenen Betroffenen. Diese fühlen sich u.a. in ihrer „Expertenrolle“ dahingehend wohl, Verständnis für die betroffenen Kinder bei den nicht betroffenen Eltern zu erzielen. Die Art und Weise, wie ein ADHS-Kind tickt, vermittelt in der Gruppe oft ein Erwachsener mit ADHS den Eltern eines ADHS-Kindes. Besteht dennoch etwas homogenerer Redebedarf, steht uns ein weiterer Raum als Ausweichmöglichkeit zur Verfügung. Der kann auch in dem Fall genutzt werden, wenn es spezielle Fragen zum Thema Legasthenie und Dyskalkulie gibt, die die Leiterin dieser Gruppe, Frau Theresia Forster, beantwortet.

**AUTOREN | Berta Bleicher, Iris Fuchs,
Stefanie Mayer-Hess**

Jahresbericht der RG Lüdenscheid

Aus Lüdenscheid gibt es nichts Besonderes aus 2016 zu berichten. Das Einzige, was vielleicht erwähnenswert wäre, ist die Tatsache, dass wir ab 2017 den Gruppenabend Sausebraus und Wellenreiter zusammengelegt haben und wir uns nun jeden 3. Dienstag im Monat treffen. Dies war eine kurzfristige Entscheidung, damit Steffi Hager wieder aktiv dabei sein und helfen kann.

Ab sofort werden die Treffen beider SHGs (Wellenreiter & Sausebraus) GEMEINSAM an EINEM Abend im Monat angeboten!

Als fester Termin für beide Gruppen steht jetzt **immer der 3. Dienstag im Monat** um 19:30 Uhr in den bekannten Räumen der Ergo-Praxis in Lüdenscheid, Heedfelder Str. 9.

AUTORIN | Angelika Nyberg



MEDIENREZENSIONEN

Linderkamp, Hennig, Schramm

ADHS bei Jugendlichen

Das Lerntaining LeJA

Heike Kaiser Diplompädagogin M.A.,
Integrative Lerntherapeutin, Coach



Mit dem Lerntaining LeJA wird ein multimodales Behandlungskonzept für Jugendliche im Alter von 12–17 Jahren zur Verfügung gestellt, welches sich als Anschlussversion an das „Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern“ von Lauth & Schlottke (2009) eignet. Prof. Linderkamp und seine Doktoranden wählen einen ähnlichen Ansatz wie

Doktorvater Prof. Lauth und ergänzen das Material um zahlreiche Elemente aus dem Coaching- und Selbstmanagementbereich. Das Programm greift alle wesentlichen Lebensbereiche des Jugendlichen auf, bezieht Eltern und Lehrer aktiv mit ein und verfügt über eine große Bandbreite an relevanten Inhalten aus der Lerntheorie. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und empirischen Wirksamkeitsstudien bietet das Programm ein neues therapeutisches Behandlungsmodell, speziell konzipiert für die Gruppe der Jugendlichen mit ADHS.

Aufbau und Inhalt des Buches

Das Buch ist in drei Teile gegliedert.

Im *ersten Teil* findet sich eine umfangreiche, wissenschaftlich ausgelegte und fundierte Erläuterung zu Ursachen, Bedingungsgefüge, Diagnostik und multimodaler Therapie des Störungsbildes ADHS. Mittels eines biopsychosozialen Bedingungsmodells werden Zusammenhänge,

Risikofaktoren und Entwicklungsdimensionen dargestellt.

Es folgt eine mehrseitige Abhandlung zur Diagnostik der Störung, wobei die Autoren auf die Erfassung kardinaler Symptomaten, kognitiver Leistungen, sozialer Kompetenzen und emotionaler Faktoren in verschiedenen Kontexten Wert legen. Auch auf die Unterschiede der Ausprägungen, Prävalenz und Persistenz bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen wird hingewiesen. Sehr hilfreich und übersichtlich sind an dieser Stelle die Querverweise zu den 13 diagnostischen Fragebögen (hier Arbeitsblätter genannt) im Anhang bzw. im kopierfreundlichen Online-Material.

Im *zweiten Teil* des Buches, dem Behandlungsmanual, werden zunächst das Therapiekonzept als Einzeltraining vorgestellt, der Behandlungsablauf der 16–20 Sitzungen überblickshaft dargestellt und die Kooperation mit Schule und Familie erläutert. Als übergeordnete Ziele des Lerntainings LeJA für Jugendliche werden zum einen die Verbesserung der Organisation der Lernsituation sowie der Aufmerksamkeitsleistungen im Prozess des Problem- und Aufgabenlösen genannt. Zum anderen soll die Selbstorganisation durch erfolgreiches Selbstmanagement verbessert werden.

Das multimodale Trainingskonzept umfasst Beziehungsgestaltung, Ressourcenaktivierung, Verstärkerverfahren, kognitive Techniken wie Selbstinstruktion und Problemlöseübungen, Organisationskompetenzen, Lerntechniken und Strategien sowie Selbstmanagement und Psychoedukation.

Die einzelnen Sitzungen sind nach einem verlässlichen Schema stets gleich aufgebaut und gliedern sich in drei Phasen:

Phase 1: Rapportaufbau, Zielsetzung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Psychoedukation

Phase 2: Lernorganisation, systematisches Aufgabenlösen, Vermittlung spezifischer Lernstrategien, Selbstbekräftigung

Phase 3: Selbstmanagement, Reflexion, Transfer, Problemaktualisierung, Perspektiven

Die Autoren verweisen darauf, dass das Ablaufschema zur Orientierung dient, jedoch individuell angepasst werden kann.

Im Rahmen der Kooperation mit der Familie sind drei Elterngespräche konzipiert; zum Störungsbild ADHS, zum

Erziehungsverhalten und zu Pro und Kontra der medikamentösen Behandlung. Übersichtliche Arbeitsblätter für Eltern stehen zur Verfügung.

Als wesentliches Ziel des Trainings wird der dauerhafte Transfer auf reale, insbesondere schulische Situationen ausgewiesen. Hierzu hält das Manual ein vorbereitetes, informatives Anschreiben für Lehrer, ein Arbeitsblatt zur Verhaltenseinschätzung durch die Lehrer sowie Ideen für Infoveranstaltungen bereit. Es werden wöchentliche Abstimmungen zwischen Therapeut und Lehrern über Trainingsinhalte und Progress des Jugendlichen angedacht.

Der Ablauf der einzelnen Sitzungen ist im Buch ausführlich und übersichtlich dargestellt und mit vielen Beispielen und Modellierungsdialogen versehen. Im Online Material werden die einzelnen Stunden im handlichen A4-Format überblickhaft ohne Kommentare zum Ausdrucken zur Verfügung gestellt.

Das 8. Kapitel des Buches ist der Wirksamkeit des Trainings gewidmet. Die Autoren belegen mit diesem Abschnitt ihre Aussage, dass es sich bei dem LeJA-Training um das zum Zeitpunkt der Herausgabe einzige empirisch fundierte, störungsspezifische Therapiekonzept handelt.

Teil 3 des Buches, der Anhang, umfasst alle 53 Arbeitsblätter, ein umfangreiches Literaturverzeichnis und ein Sachwortregister.

Diskussion

Das Trainingsprogramm basiert auf einer Kombination von kognitiv-verhaltenstherapeutischem Lerntraining und einem Coaching mit einem Selbstmanagementansatz.

Zur optimalen Gestaltung dieses Lern-Trainings und der therapeutischen Beziehung sollten die Anwender über fundierte Kenntnisse in den genannten Bereichen verfügen und mit Coachingmethoden vertraut sein. Somit wendet sich das Programm an Psychotherapeuten und Fachleute aus den Bereichen Sonderpädagogik, Schulpsychologie und Lerntherapie.

Das Trainingsprogramm ist in seiner Anwendung, nach einer gewissen Einarbeitungsphase, in der Praxis sehr gut anwendbar. Versierte Lern-Coaches werden einige Methoden und Ideen wiedererkennen. Klar strukturierte Handlungsanweisungen und Beispiele erleichtern die Arbeit mit diesem Material.

Die Arbeitsblätter/Kopiervorlagen, die Online verfügbar gemacht werden, sind übersichtlich und ansprechend gestaltet, leicht zu vervielfältigen und werden von den Jugendlichen gut angenommen. Dies ist kein Wunder, denn sie wurden unter Mitwirkung vieler Jugendlicher und ihrer Eltern im Vorfeld getestet und evaluiert.

Vom leicht adaptierbaren und flexiblen Training können gleichermaßen Jugendliche mit und ohne Hyper-

aktivität und auch Jugendliche mit keiner spezifischen ADHS-Diagnose, jedoch Lern- und Verhaltensauffälligkeiten profitieren.

Ansprechend, praxisnah und hilfreich sind auch die Arbeitsblätter, die sich an Eltern und Lehrer wenden. Während die praktische Zusammenarbeit mit den Eltern gut nachvollziehbar ist, gestaltet sich die vorgeschlagene wöchentliche Zusammenarbeit mit den Lehrern des Jugendlichen in der Praxis als schwierig.

Zur Realisierung im Alltag gibt es leider keine weiteren Hinweise oder Vorschläge.

Mein Resümee

Für alle Fachkräfte, die sich in der Praxis professionell mit Lerncoaching beschäftigen, bietet das umfassende, breit aufgestellte Lerntraining LeJA sehr gute Möglichkeiten Jugendliche mit Aufmerksamkeitsproblemen zu unterstützen, schulisches und auch ausbildungsrelevantes Leistungsverhalten zu verbessern und entwicklungsbezogene Probleme zu minimieren. Aus meiner Sicht ist dieses wissenschaftlich fundierte, sorgfältig zusammengestellte und gut handhabbare Behandlungskonzept für die genannten Professionen sehr zu empfehlen.



Linderkamp, F., Hennig T., Schramm S.A.

ADHS bei Jugendlichen Das Lerntraining LeJA

ISBN 13-978-3-621-27779-2

Verlag: Beltz, 1. Auflage (2011)

Preis: 39,95 Euro

E-Book/pdf: 36,99 Euro

Code für Downloadmaterial im Buch

Matt Haig Ich und die Menschen

Nicole Rebitzki



Jetzt fragen sich sicher viele, warum hier dieses Hörbuch und kein Fachbuch vorgestellt wird.

Meiner Meinung nach sind es nicht nur Fachbücher, Vorträge, Workshops, Therapien, Medikamente oder Selbsthilfegruppen, die Betroffenen weiterhelfen können. Es sind auch diese

Geschichten aus denen wir lernen können, haben wir nicht auch aus den Märchen unserer Kinderzeit gelernt?

Lassen Sie sich auf ein Experiment ein, die diese fiktive Geschichte bieten kann.

In dieser erzählt ein Außerirdischer einer weiterentwickelten, mathematisch-logischen Lebensform, warum er auf die Erde entsendet wird, um eine entscheidende Entdeckung (die Riemannsche Vermutung betreffend) zu verhindern. Der Grund ist, dass die Menschheit als zu egoistisch und kriegerisch angesehen wird, um mit dieser Entwicklung vernünftig umgehen zu können. Also wird der Mathematiker, der diesen entscheidenden Durchbruch hatte, kurzerhand eliminiert und von ebendiesem Außerirdischen ersetzt.

Frei nach einem Satz aus dem Talmud „Willst du Gott zum Lachen bringen, schmiede Pläne“ geht einiges schief. Trotz seiner immensen Lernfähigkeit, schafft er es nicht auf Anhieb, sich menschlich genug zu verhalten. Hinzu kommt, dass der zu ersetzende Mathematiker eine Frau und einen pubertierenden Sohn sowie einen Hund hat.

Es geht um die Dichterin Emilie Dickinson, Gefühle und um das ausgesprochene, erwartete menschliche Verhalten.

Diese Geschichte, von Christoph Maria Herbst gelesen, erzählt ganz nüchtern von all den Schwierigkeiten und Erlebnissen, die der Protagonist auf seiner Menschwerdung durchmacht. Von den Erkenntnissen und den Veränderungen, die den Menschen in seinem Umfeld nicht verborgen bleiben.

Der nüchterne Blick auf menschliches Verhalten, zu sehen wie Vorurteile widerlegt, durch eigene Erfahrungen und Erkenntnisse ersetzt werden. Die Verwandlung des nüchternen mathematik- und zahlenfixierten Außerirdischen zum Weißwein und Erdnussbuttertoast liebenden Menschen geht natürlich nicht ohne die ganz alltägliche Tragikomik des menschlichen Daseins ab. Und es geht um die Entdeckung der Gefühle.

In dem Kapitel „97 Ratschläge für Menschen“ sind viele gute Aussagen zu hören, über die es sich lohnt nachzudenken. Das Kapitel „Soziale Netzwerke“ brachte mich zum Lachen, „Wenn Galaxien kollidieren“ zum Schluchzen.

Wenn nur ein Leser dieser Zeilen dazu animiert wird, seine Zeit mit dem Buch oder Hörbuch zu verbringen und ähnlich angetan ist wie ich, dann hat diese Rezension ihren Zweck erfüllt. Und wenn der Leser davon nicht berührt wird, so hat er doch ein paar Stunden in Ruhe mit sich und etwas Schönerem verbracht.



Matt Haig

Ich und die Menschen

ISBN: 978-3-8445-1923-5

Verlag: der Hörverlag, 2015

Hörbuch MP3-CD

Preis: 9,99 Euro

Harlich H. Stavemann ... und ständig tickt die Selbstwertbombe

Hilfe bei Selbstwertproblemen

Vera-Ines Schüpferling



Ein Satz aus „... und ständig tickt die Selbstwertbombe“ ist für mich der Schlüsselsatz zu meiner Einschätzung des Ratgebers: **Ein und dieselbe Situation kann unterschiedlicher Wahrnehmung unterliegen.**

Ein Mensch, der konkrete Selbstwertprobleme hat und Hilfe sucht, fühlt sich vielleicht angesprochen. Ich hatte nicht wirklich zu diesem Thema Rat gesucht und konnte somit auch nichts „Weltveränderndes“ mitnehmen.

Was mir das Ganze noch erschwerte, war die tragisch schwere Pausenmusik zwischen den Kapiteln, die mich jedes Mal hoffen ließ, dass es noch SEHR lange bis zum nächsten Kapitel dauert.

Doch davon abgesehen hat der Ratgeber natürlich auch positive Seiten: Der gesamte Text ist klar und verständlich formuliert und somit für jedermann verständlich. Dem Aufbau, beginnend bei der Frage nach der Ursache bis zu den konkreten Lösungsansätzen, lässt sich gut folgen. So werden erste allgemeine Infos gegeben, um die Situation zu hinterfragen. Die Relativität des Begriffs „Wert“ anhand verschiedener Beispiele herausgearbeitet. Danach geht es zur eigenen Selbstwert-Erkennung. Darauf aufbauend eine genaue Anleitung der Vorgehensweise gegen „Selbstwert-Fallen“ vorzugehen – vom Verfassen des „Inneren Drehbuches“ bis zur Umsetzung im wirklichen Leben – inklusive Einbindung eines Begleiters als Kontrolleur und Rettungsanker. Es wird auch nicht versäumt darauf hinzu-

weisen, dass diese Vorgehensweise die Gefahr in sich birgt, die Situation zu verschlimmern. Doch auch mit den möglichen Risiken wird man nicht alleine gelassen.

Der entscheidende Hinweis zum Ende lautet, dass der Fachbegriff der beschriebenen Vorgehensweise „Kognitive Verhaltenstherapie“ lautet und Kosten für eine professionelle Therapie von der Krankenkasse übernommen werden.

Zusammenfassend kann man die Informationen auf der CD als allgemein und umfassend beschreiben, mit dem Ziel sich, wenn nötig, in professionelle Therapie zu begeben.

So gesehen absolut nützlich!

Eine Freundin, die das Buch gelesen hat, fand meine Rezension sehr treffend – ob Hör-CD oder Printversion ist der persönlichen Vorliebe für das eine oder andere Medium überlassen.



Harlich H. Stavemann
... und ständig tickt die Selbstwertbombe
 Hilfe bei Selbstwertproblemen
 ISBN 13-978-3621280969
 Verlag: Beltz; Auflage: Originalausgabe
 (9. Januar 2014)
 Preis: 19,95 Euro (Audio-CD)

Richard Saul **Die ADHS-Lüge:**

Eine Fehldiagnose und ihre Folgen –
 Wie wir den Betroffenen helfen

Dr. Johannes Streif



Ein erster Eindruck bestätigt die Befürchtungen und beruhigt zugleich: Es ist ein unwissenschaftliches Sammelsurium an Uralt-Spekulationen zur ADHS. Es ist nicht ADHS, es sind Sehstörungen (jedoch nicht, wie sie Reinhard Werth in „Legasthenie und andere Lesestörungen“ als Teil der komplexen Wahrnehmungsfunktionen des Gehirns beschreibt, sondern auf

dem Niveau von: Vielleicht braucht ihr Kind eine Brille?), Schlafstörungen, Substanzmissbrauch (ein Klassiker in der Altersgruppe der Grundschüler mit der größten Diagnose-Inzidenz!), Depressionen, Hörprobleme (analog zum

Sehen nicht Sprachverständnisstörungen, wie sie die Pädaudiologie untersucht, sondern Schwerhörigkeit, wie sie in jedem Hörtest seit 100 Jahren festgestellt werden kann), Sensorische Verarbeitungsstörung (das ätiologisch überholte Konzept der „Sensorischen Integration“ von Jean Ayres lässt grüßen, jedoch abzugrenzen von der oft sehr guten Arbeit der Ergotherapeuten, die mit SI arbeiten), Hochbegabung, Anfallsleiden, Zwangsstörungen, Tourette-Syndrom, Asperger, „neurochemisch bedingte Ablenkbarkeit“ (dieser Abschnitt über Serotonin und Noradrenalin hat ausgeprägt humoristische Züge, so niveaulos-albern sind die Ausführungen), Schizophrenie, Fetales Alkoholsyndrom, Fragiles X und andere Ursachen (schlechte Ernährung, Allergien, Schilddrüsenüberfunktion, Hypophysentumor, Frühgeburt, Schwermetallvergiftung).

Richard Sauls Buch ist auf dem Stand des medizinischen Wissens von 1970 (und das nicht einmal durchgängig!), in gewisser Hinsicht fast anrührend „Vintage“, so dass es in frühen Mitstreitern der ADHS-Selbsthilfe durchaus ein bisschen Nostalgie aufkommen lässt: „Erinnerst Du Dich noch an die Zeit, als wir glaubten, die Hyperaktivität käme vom Phosphat in den Lebensmitteln?“ Hahaha! Wenn es nicht so traurig wäre ... Modern im Sinne der – leider weitestgehend ausgebliebenen Recherche des Autors – ist bei Saul einzig der Anmerkungsapparat: 247 Fußnoten, in denen fast ausschließlich Internetseiten als Quellen genannt werden. Statt wissenschaftlicher Publikationen zitiert der Kinderarzt mit Vorliebe die New York Times, CBC News, ABC News, WebMD, ScienceDaily und zig Websites von irgendwelchen Organisationen, die ihr Klientel vertreten, sei es blind, taub, sensorisch auffällig oder hochbegabt. Dabei hat er doch, wie er eingangs des Buches schreibt, in den 1970er Jahren über 1,80 m Aufsätze zu Lernstörungen gelesen (vgl. S.14). Die sind nun leider so verstaubt wie das profunde Halbwissen des Herrn Saul.



Richard Saul
Die ADHS-Lüge:
Eine Fehldiagnose und ihre Folgen –
Wie wir den Betroffenen helfen
 ISBN: 978-3608980462
 Verlag: Klett-Cotta, 2. Auflage, 2015
 Preis: 19,95 Euro

Termine



Fortbildungstermine der Telefonberater

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Fr 23.02.2018 – So 25.02.2018

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Fr 9.03.2018 – So 11.03.2018

Fortbildung / Schulung (Gruppe 2)

Fr 24.08.2018 – So 26.8.2018

Fortbildung / Schulung (Gruppe 1)

Fr 28.09.2018 – So 30.09.2018

→ **Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38, 31832 Springe**

Fortbildungsveranstaltung für Regionalgruppenleiter

Sa 24.11.2018 – So 25.11.2018

→ **Nürnberg**

Mitgliederversammlung / Symposium 2018

Sa 21.04.2018 – So 22.04.2018

→ **Königswinter**

Fortbildungstermine der Landesgruppen

Landesgruppe Baden-Württemberg

13./14.10.2018

→ **Tübingen**

Landesgruppe Bayern

13.10.2018

→ **Ingoldstadt**

Landesgruppe Hessen

Stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest

**Landesgruppen Niedersachsen / Bremen /
Berlin / Hamburg / Schleswig-Holstein**

21.9.2017 – 23.9.2017

Gemeinsame Veranstaltung

→ **Springe**

Landesgruppe Nordrhein-Westfalen

9./10.6.2018

→ **Münster**

Landesgruppe Thüringen

Aufgrund der geringen Größe keine eigene
Fortbildung

Fortbildungstermine der E-Mail-Berater

Fr 15.06.2018 – So 17.06.2018

Fr 26.10.2018 – So 28.10.2018

→ **Tagungsstätte Lutherheim
Jägerallee 38, 31832 Springe**

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender:	Hartmut Gartzke vorstand1@adhs-deutschland.de
2. Vorsitzender:	Dr. Johannes Streif vorstand2@adhs-deutschland.de
Schatzmeisterin:	Karin-Gisela Seegers seegers-berlin@gmx.de
Schriftführer:	Patrik Boerner boerner@p-boerner.de schriftfuehrer@adhs-deutschland.de

Weitere Vorstandsmitglieder

Unterstützung des Vorstandes:	Herta Bürschgens adhsde.buerschgens@gmx.de
Telefonberatungsnetz:	Gerhild Gehrman telefonberatung@adhs-deutschland.de
E-Mail-Beratung:	Gerhild Gehrman email-beratung@adhs-deutschland.de
Erwachsenen-ADHS:	Dr. Astrid Neuy-Lobkowicz
Kinder und Jugendliche mit ADHS:	Dr. Klaus Skrodzki
Schule:	Christiane Eich Schule@adhs-deutschland.de
Kinder und Jugend im Verband:	Kirsten Riedelbauch, lg.baden-wuerttemberg@adhs-deutschland.de
Regionalgruppen:	Bärbel Sonnenmoser baerbel@adhs-bb.de
Juristische Angelegenheiten:	Isabell Streif Isabell.Streif@web.de
Landesgruppen:	Margit Tütje-Schlicker lg.niedersachsen-bremen@adhs-deutschland.de

Unterstützung des Verbandes

Geschäftsführung:	Dr. Myriam Bea gf@adhs-deutschland.de
Europäische Kontakte:	Detlev Boeing adhs@telenet.be
Ernährung/ Stoffwechsel-besonderheiten:	Renate Meyer meyer.koeppern@t-online.de
Jugendteam:	jugendberatung@adhs-deutschland.de
Buchführung:	Antje Gartzke
Unterstützung der Geschäftsstelle:	Sieglinde Lugert

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Dieter F. Braus Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, HELIOS Kliniken, Wiesbaden
Dr. Johanna Krause Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Ottobrunn
Prof. Dr. Klaus-Henning Krause Friedrich-Baur-Institut, Uniklinik München
Prof. Dr. Klaus-Peter Lesch Universität Würzburg
Prof. Dr. Martin Ohlmeier Direktor des Ludwig-Noll-Krankenhauses, Kassel
Prof. Dr. Alexandra Philippen Universität Oldenburg
Prof. Dr. Tobias Renner Direktor des Universitätsklinikums Tübingen, Abt. Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Prof. Dr. Marcel Romanos Direktor der Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik u. Psychotherapie, Würzburg
Dr. Helga Simchen Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychotherapeutin, Mainz
Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst Universitätsklinikum Freiburg

Therapeutisch-Pädagogischer Beirat

Prof. Dr. h. c. Hans Biegert Leitender Schuldirektor u. Schulträger, HEBO-Schule Bonn
Dr. Christina Clement Ökotrophologin, Universitätsklinikum Freiburg
Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeut Roberto D'Amelio Psychologische Beratung & Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes
Dr. Fritz Jansen Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie, Neuried
Dr. Rudolf Kemmerich Kinder- und Jugendarzt, Weinstadt
Dr. Roy Murphy Leitender Psychologe und Qualitätsbeauftragter, Schön Klinik Bad Bramstedt
Dipl.-Psych., Dipl. Heilpäd. Cordula Neuhaus Praxis mit Schwerpunkt ADHS, Esslingen
Dipl.-Psych. Erika Tittmann Praxis für Psychotherapie, Lörrach

Landesgruppenleiter

Baden-Württemberg	Kirsten Riedelbauch
Bayern	Claudia Aurich
Berlin	Karin-Gisela Seegers
Hamburg	Helga Meyer
Hessen	Astrid Bojko-Mühr
Niedersachsen / Bremen	Margit Tütje-Schlicker
Nordrhein-Westfalen	Brigitte Wolf
Sachsen-Anhalt (kommissarisch)	Monika Lehmann
Schleswig-Holstein	Carola Kliemek
Thüringen	Andrea Wohlers

Wir...

ADHS DEUTSCHLAND e.V.

Selbsthilfe für Menschen mit ADHS

...unterstützen!

... bieten
Hilfestellung!

... fangen auf!

... sind präsent!

... sind ehrenamtlich!

... klären auf!

... engagieren uns!

... ermutigen!

... setzen uns
ein!

... beraten!

... sind aktiv!

... informieren!

... vertreten
Interessen!

... können Ihre Unterstützung
gut gebrauchen!



Unser Spendenkonto lautet:

ADHS Deutschland e. V.

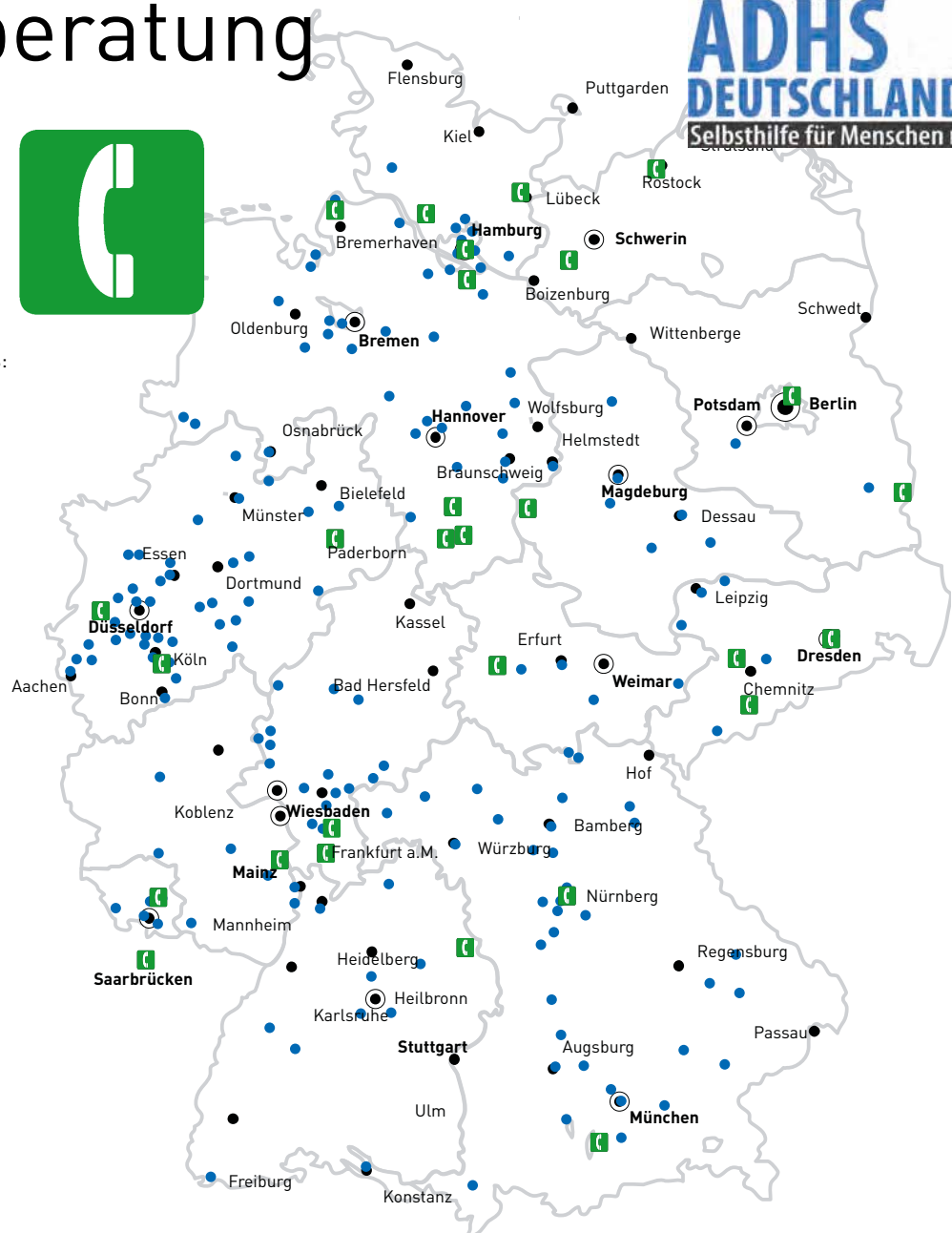
Pax-Bank e. G.

BIC: GENODED1PAX

IBAN: DE95 3706 0193 6010 1150 17

Telefonberatung

**ADHS
DEUTSCHLAND e.V.**
Selbsthilfe für Menschen mit ADHS



Bayern

Adele Cordes/Johanna Ebbinghaus:
08152 9996499
Ingrid Meyer-Kaufmann:
0911 9566351
Michaela Nagy:
09180 90 9716
Carolin Zasworka:
09542 772689

Baden - Württemberg

Karen Richter:
07720 2368770
Bärbel Sonnenmoser:
07031 287323

Berlin

Petra Peilert:
030 65915610

Bremen und Umgebung

Ellen Köster-Schmidt:
0421 6979991

Hamburg und Umgebung

Birgit Weigel:
040 68915023

Hessen

Dagmar Beyer-Schweinsberg:
05684 1659

Sachsen-Anhalt

Veronika Schulz
0163- 9247082

Niedersachsen

Angela Schwager:
05554 995646
Ellen Köster-Schmidt:
0421 6979991
(Kreis Wesermarsch)

NRW

Karin Knudsen:
0221 78942512
Ulrike Vlk:
02161 531739

Rheinland-Pfalz

Sabine Berg:
0651 4637878

Sachsen

Karin Bobsin:
03591 277435

Schleswig-Holstein

Kornelia Boldt:
04821 4039480
Gerhild Gehrman:
04121 807272
Carola Kliemek:
0461 3153772

Saarland

Sabine Berg:
0651 4637878

Thüringen

Regina Schrage:
03691 872222

**Wir benötigen noch Verstärkung,
besonders in den Bundesländern
Brandenburg und Sachsen-Anhalt.**

Unsere Gruppenleitungen und
Kontaktpersonen stehen ebenfalls
für die Beratung zur Verfügung.
Die aktuellen Adressen entnehmen
Sie bitte unseren Internetseiten
www.adhs-deutschland.de oder
fordern Sie diese bei der
Geschäftsstelle an.

ADHS Deutschland e. V.
Rapsstraße 61
D-13629 Berlin
Tel. 030 85605902